

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**METAMODELO INTEGRATIVO DE *COMPLEMENTARIDADE*  
*PARADIGMÁTICA*:  
Semelhança ou complementaridade nas características psicológicas  
da díade terapêutica.**

**Cláudia Catarina Almeida Mota Martins Dias**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
Secção de Psicologia Clínica e da Saúde  
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa**

**2008**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**METAMODELO INTEGRATIVO DE *COMPLEMENTARIDADE***  
***PARADIGMÁTICA:***  
**Semelhança ou complementaridade nas características psicológicas**  
**da díade terapêutica.**

**Cláudia Catarina Almeida Mota Martins Dias**

**Dissertação Orientada pelo Professor Doutor António José dos Santos Branco**  
**Vasco**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**  
**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa**

**2008**

## **RESUMO**

Uma vez que da análise dos contributos de diferentes variáveis parece poder-se concluir que as principais determinantes do sucesso terapêutico são as características do paciente e os factores comuns a todas as orientações teóricas, pondo a tónica na qualidade da aliança terapêutica e nas características do psicoterapeuta (Vasco, 2005), no presente estudo procuraram-se inter-relações entre a aliança terapêutica em diferentes fases da terapia com pacientes com elevados níveis de perturbação (que pontuam no domínio esquemático Distanciamento e Rejeição), na interacção com terapeutas avaliados quanto ao estilo de vinculação (segura vs insegura).

Partiu-se do pressuposto que semelhanças ou complementaridade nas características psicológicas do paciente e do terapeuta dificultam ou impedem o estabelecimento, desenvolvimento e reparação da aliança terapêutica e se associam com resultados terapêuticos pobres. Escolheu-se como referencial teórico o Modelo de Complementaridade Paradigmática, que postula uma sequência temporal de sete fases, relativas à promoção dos objectivos estratégicos que são baseados em factores comuns (Vasco, 2001).

O desenho escolhido será de natureza não experimental, tipo quantitativo e longitudinal. Espera-se obter resultados que confirmem que, apesar de elevados níveis de perturbação, pacientes com esquemas no domínio Distanciamento e Rejeição conseguirão estabelecer relações terapêuticas (alianças positivas) com terapeutas com padrões de vinculação mais seguros (quanto mais seguro o terapeuta for), beneficiando da terapia. Porém, semelhanças ou complementaridade nas características psicológicas do paciente e do terapeuta dificultariam ou impediriam o estabelecimento, desenvolvimento e reparação da aliança terapêutica, associando-se a resultados terapêuticos mais pobres.

Na conclusão são exploradas algumas implicações para a prática psicoterapêutica.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Modelo de Complementaridade Paradigmática – Aliança – Esquemas – Vinculação - Complementaridade na Interação Terapêutica.

## **ABSTRACT**

Since the analysis of the contributions of different variables seems to conclude that the main determinants of successful treatment are the characteristics of the patient and the common factors to all theoretical guidelines, focusing on the quality of therapeutic alliance and the characteristics of the psychotherapist (Vasco, 2005), in this study inter-relations were sought between the therapeutic alliance at different stages of therapy with patients with high levels of disturbance (which punctuate on Disconnection and Rejection schematic domain), in the interaction with therapists assessed for style of attachment (secure vs insecure).

It was assumed that similarities or complementarity in the psychological characteristics of the patient and the therapist hinder or prevent the establishment, development and repair of the therapeutic alliance and are associated with poor therapeutic outcomes. The “Paradigmatic Complementarity Model”, which posits a chronology of seven stages on the promotion of the strategic objectives that are based on common factors (Vasco, 2001), was chosen as a theoretical reference.

The design will be chosen from non-experimental, quantitative and longitudinal type. It is expected that results confirm that, despite high levels of disturbance, patients with schemas in the Disconnection and Rejection domain will establish therapeutic relationships (positive alliances) with therapists with more secure attachment patterns (the more secure the therapist is), benefiting from therapy. But similarities or complementarity in the psychological characteristics of the patient and the therapist would hinder or prevent the establishment, development and repair of the therapeutic alliance, linking itself to poorer therapeutic outcomes.

In the conclusion some implications for the psychotherapeutic practice are explored.

## **KEY-WORDS**

Paradigmatic Complementarity Model- Alliance - Schemas - Attachment - Complementarity in Therapeutic Interaction

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	
<b>INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA, INTEGRAÇÃO E MODELO DE     COMPLEMENTARIDADE PARADIGMÁTICA</b>	3
<b>RELAÇÃO TERAPÊUTICA E ALIANÇA</b>	8
<b>PERSONALIDADE E TERAPIA FOCADA NOS ESQUEMAS</b>	14
<b>TEORIA DA VINCULAÇÃO, VINCULAÇÃO ADULTA E INTERACÇÃO     TERAPÊUTICA</b>	21
<b>HIPÓTESES</b>	33
<b>MÉTODO</b>	
<b>PARTICIPANTES</b>	34
<b>INSTRUMENTOS</b>	35
<b>PROCEDIMENTOS</b>	40
<b>DISCUSSÃO</b>	43
<b>CONCLUSÃO</b>	47
<b>REFERÊNCIAS</b>	50

## INTRODUÇÃO

Pode-se definir psicoterapia como um processo único, irrepetível, que consiste num conjunto de procedimentos de comunicação reparadora entre paciente e terapeuta, do paciente consigo próprio e com os outros (Vasco, 2005a), com sucesso dependente de um grande número de variáveis e implicando um conjunto de decisões complexas, directamente implicadas na intervenção oferecida ao paciente (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Efectivamente, a essência de qualquer psicoterapia é ajudar o indivíduo a sentir-se e a funcionar melhor, através do encorajamento a modificações e/ou mudanças adequadas ao seu mundo, enquanto se transformam os significados das experiências em significados mais favoráveis para o paciente na sua totalidade (Frank & Frank, 1991), ou se tornam possíveis novas experiências, valorizando os seus recursos e prevenindo recaídas.

Da análise dos contributos de diferentes variáveis parece poder-se concluir que as principais determinantes do sucesso terapêutico são as características do paciente e da sua rede de apoio e os factores comuns a todas as orientações teóricas, com especial relevo para a qualidade da aliança terapêutica e as características do psicoterapeuta (Vasco, 2005b).

Assume-se que, em psicoterapia, a probabilidade de um padrão de relacionamento interpessoal disfuncional e rupturas na aliança é maior nos casos mais complexos, tornando-se assim imperioso que o terapeuta identifique tais situações, desenvolva estratégias que permitam lidar terapêuticamente com este processo negativo e promova a reparação das rupturas na aliança terapêutica (Safran & Muran, 2000). As dificuldades interpessoais estão frequentemente implicadas no desenvolvimento e manutenção de muitas perturbações e a sua minimização e consequente melhoria dos padrões de relacionamento interpessoal são o objectivo comum à maioria das abordagens psicoterapêuticas, elas próprias processos interpessoais da relação paciente-terapeuta (Puschner, Bauer, Horowitz & Kordy, 2005).

A relação recíproca das características de personalidade do terapeuta com as características de personalidade do paciente é responsável pelo desenvolvimento e pela qualidade da aliança terapêutica (Beck, Freeman & Associates, 1990; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

A Terapia Focada nos Esquemas de Young representa um desenvolvimento da abordagem cognitiva, integra estratégias e técnicas oriundas de outras escolas de psicoterapia, visa a compreensão clínica das perturbações de personalidade e permite abordagens terapêuticas mais completas e eficazes (Rijo, 2000). Os esquemas são entendidos como corpos de conhecimento (referentes ao próprio e às relações do próprio com os outros) relativamente coesos e

persistentes, capazes de orientar a percepção, que se desenvolveram durante a infância e que se elaboram ao longo da vida do indivíduo (Young, 1990). São desenvolvidos e mantidos através de experiências interpessoais (podem resultar de experiências disfuncionais com agentes de socialização precoces) e definem comportamentos, sentimentos, pensamentos do indivíduo e as suas relações com os outros, que podem conduzir a consequências disfuncionais (Young et al., 2003).

De modo semelhante, os modelos de vinculação enfatizam a importância das relações de vinculação segura no desenvolvimento da regulação emocional e sugerem que o terapeuta deve incrementar uma relação segura e previsível com o paciente, fazendo-o sentir que as suas emoções são compreendidas, reflectidas e valorizadas (Safran & Segal, 1990).

No presente estudo parte-se do pressuposto de que semelhanças ou complementaridade nas características psicológicas do paciente e do terapeuta dificultam ou impedem o estabelecimento, desenvolvimento e reparação da aliança terapêutica e que se associam com resultados terapêuticos pobres. Escolhe-se como referencial teórico o Metamodelo de Complementaridade Paradigmática, que postula uma sequência temporal de sete fases, relativas à promoção dos objectivos estratégicos, que são baseados em factores comuns de um nível intermédio de abstracção (Vasco, 2001), onde a integração é mais viável (Golfried & Wolfe, 1998).

Assim, relacionar-se-á a componente fases do Modelo de Complementaridade Paradigmática com a componente aliança terapêutica e com características do paciente (relativas a esquemas) e do terapeuta (referentes ao estilo de vinculação).

# REVISÃO DA LITERATURA

## INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA

### INTEGRAÇÃO

#### MODELO DE COMPLEMENTARIDADE PARADIGMÁTICA

A **investigação em psicoterapia**, embora recente, tem passado por várias fases, acompanhando os desenvolvimentos dos principais acontecimentos de várias épocas, na tentativa de dar resposta às principais necessidades e desafios com que a própria psicoterapia se depara.

Segundo Russell & Orlinsky (1996), o desenvolvimento histórico da investigação psicoterapêutica pode ser caracterizado em quatro fases, nomeadamente:

- 1) Estabelecimento da Investigação Científica (1927-1954);
- 2) Busca de Rigor Científico (1955-1969);
- 3) Expansão e Organização (1970-1983);
- 4) Consolidação e Reformulação (1984-actualidade).

Também para Klaus Grawe (1997), a investigação em psicoterapia pode ser dividida em quatro fases que remetem para as questões particulares de cada momento, assim:

- 1) A psicoterapia é eficaz? - Fase de Legitimação;
- 2) Qual forma de psicoterapia é melhor ou até a melhor? - Fase de Competição;
- 3) Que forma de terapia é indicada para quem? - Fase de Psicoterapia “Prescritiva”;
- 4) Como é que a psicoterapia funciona? - Fase de Investigação de Processo.

Acrescenta ainda que as três primeiras questões são essencialmente de natureza conservadora, limitam-se a avaliar o que já existe e apenas permitem uma melhor gestão científica das psicoterapias existentes. A quarta questão remete para os mecanismos de mudança em psicoterapia, sendo assim a única que apela para o progresso, a evolução. A investigação relativa aos mecanismos de mudança em psicoterapia só faz sentido se for acompanhada da intenção de os traduzir em procedimentos terapêuticos.

Esta quarta fase tem também valorizado a relação entre as variáveis subjectivas do terapeuta (bem-estar emocional e ajustamento) e os resultados terapêuticos, bem como a tentativa de compreender as experiências interiores dos participantes da psicoterapia (terapeuta e paciente) (Soares, 2007), para além de também salientar a importância de conhecer os mediadores e mecanismos responsáveis pela mudança (Kazdin, 2007).



Ao longo de cerca de cinquenta anos de investigação sistemática em psicoterapia, corroborou-se a sua eficácia: os seus resultados são superiores à ausência de intervenção, às intervenções informais, à remissão espontânea, às listas de espera e aos grupos de controlo placebo (Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Ogles, 2004). Contudo, de entre os vários estudos realizados, comparando os diferentes modelos psicoterapêuticos, parece não se ter encontrado grandes diferenças, pois existem muitos factores comuns a todos eles (estruturais e processuais), todos parecendo obter bons resultados e todos merecendo prémios – “*veredicto do pássaro Dodo*” (Rosenzweig, 1936).

De facto, o debate relativo ao contributo de diferentes dimensões e variáveis para a eficácia terapêutica tem-se acentuado nos últimos anos, sendo possível identificar três perspectivas distintas, que estão reflectidas nos “*grupos de trabalho*” (*task forces*), que se têm constituído para sintetizar as principais conclusões relativas à eficácia da psicoterapia e clarificar as variáveis que contribuem para a mudança terapêutica:

“*Tratamentos Empiricamente Suportados*” (ESTs), liderado por Diane Chambless (Chambless & Hollon, 1998) – afirmando a crença na importância dos factores específicos às diferentes orientações teóricas, numa lógica de tomada de decisão clínica baseada em características de carácter diagnóstico;

“*Relações Terapêuticas Empiricamente Suportadas*” (ESRs), em resposta ao movimento anterior e liderado por John Norcross (2002) – centrando-se nos factores comuns às diferentes abordagens psicoterapêuticas e enfatizando a importância da relação terapêutica e das características dos seus intervenientes (paciente e terapeuta);

“*Princípios Empiricamente Suportados de Mudança Terapêutica*” (ESPs), que tem como líderes Louis Castonguay e Larry Beutler (2006a) – tentando conciliar as duas perspectivas anteriores, equacionando os procedimentos técnicos, as variáveis relacionais e as características do paciente e do terapeuta (Vasco, 2005a).

Castonguay & Beutler (2006a) tentaram ultrapassar a controvérsia que os dois grupos de trabalho anteriores poderão inadvertidamente ter fomentado – entre os que enfatizam o papel da técnica e que confiam na investigação experimental e objectiva e aqueles que salientam o processo interpessoal e a experiência subjectiva como principais indicadores de mudança – acentuando que a investigação em psicoterapia deve utilizar o conhecimento que produziu e começar a definir os princípios base que estimulam mudança terapêutica independentemente do modelo ou teoria.

O objectivo é definir princípios de mudança sobre os participantes, as relações e as intervenções que estejam relacionados positiva ou negativamente com a mudança terapêutica.

Para tal, fizeram um levantamento daquilo que se sabe, relativamente ao impacto potencial dos três domínios de variáveis (relação, técnicas e características dos participantes), em quatro áreas problema (perturbações disfóricas, perturbações de ansiedade, perturbações de personalidade, perturbações de abuso de substâncias) e procuraram identificar princípios que poderão ser específicos para determinada perturbação (que se julga serem particularmente salientes para um tipo de perturbação e/ou receberam suficiente atenção empírica para tecer conclusões para apenas um problema clínico) e aqueles que serão comuns.

Assim, esta “*Task Force*” (*ESPs*) tentou responder a duas questões:

1ª O que é que sabemos sobre a natureza dos participantes, relações e procedimentos, que esteja associado a efeitos positivos em todas as orientações teóricas?

2ª De que modo é que os factores ou variáveis que estão relacionados com os participantes, relações e intervenções interagem positiva ou negativamente entre si, relativamente à mudança terapêutica? (Castonguay & Beutler, 2006a).

Da revisão da literatura extraíram 61 princípios de mudança terapêutica (26 princípios comuns a pelo menos duas áreas problema e 35 específicos). Concluíram que os três tipos de variáveis (procedimentos técnicos, variáveis relacionais e características do paciente e do terapeuta) contribuem para a eficácia clínica, apesar das variáveis do paciente parecerem ser de primordial importância. Sugerem que o desafio mais árduo, mas também mais estimulante na investigação em psicoterapia, reside no facto de estes três domínios de variáveis estarem em constante fluxo de interacção e interdependência (Castonguay & Beutler, 2006b).

Com algumas excepções, há uma evidência conclusiva, a de que não há intervenções psicoterapêuticas com eficácia diferencial superior no largo espectro das perturbações mentais (Lambert & Ogles, 2004; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986).

Isto não significa que a psicoterapia não seja eficaz, apenas que nem sempre sabemos porque o é. A mais saliente interpretação teórica é a de que existem factores comuns à maioria das terapias que são responsáveis pela mudança (Lambert, Garfield & Bergin, 2004).

Assim, não é de estranhar que a partir de determinada altura (década de 80) se assista a um movimento de **integração** (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005), de valorização e de convivência pacífica de princípios e técnicas de teorias diferentes no mesmo plano terapêutico (Moreira et al., 2005), num esforço para olhar além das fronteiras que demarcam as diferentes abordagens, na tentativa de observar o que pode ser aprendido de outras perspectivas, abrindo canais de comunicação entre essas abordagens, rejeitando preconceitos e pressupostos.

E prefere-se o termo integração ao de eclectismo, porque a integração implica um uso mais sistemático de conceitos e técnicas de diferentes abordagens, ao contrário do eclectismo que pode ser usado para denotar uma abordagem essencialmente pragmática, na qual o terapeuta utiliza qualquer técnica que acredita ser eficaz, com pouca ou nenhuma compreensão teórica que guie a sua escolha (Sundfeld, 2000).

O desenvolvimento deste movimento tem sido promovido e documentado pela *Society for Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), constituída em 1983 (Lambert et al., 2004).

Os membros da SEPI representam diversas orientações e interesses que respeitam as evidências empíricas e que estão receptivos a procedimentos que se revelem clinicamente eficazes. Esta organização interdisciplinar promove conferências anuais, publica o *Journal of Psychotherapy of Integration* (desde 1991) e, mais recentemente, criou uma página na internet (<http://cyberpsych.org/sepi/>). A SEPI forneceu o ímpeto para a psicoterapia integrativa, que a tornou estabelecida como um movimento visível (Golfried et al., 2005).

A psicoterapia integrativa deseja olhar para além dos limites de uma única abordagem e aprender outras maneiras de conduzir a psicoterapia. O resultado último é a promoção do bem-estar total do indivíduo, adaptativo e funcional, através de uma resposta ajustada às suas necessidades globais.

Norcross (2005) menciona alguns factores interactivos e mutuamente reforçadores, que são explicativos do desenvolvimento da integração nas últimas duas décadas: proliferação de terapias; inadequação de teorias ou intervenções específicas; contingências socioeconómicas; desenvolvimento de várias intervenções, principalmente para as situações mais complexas; reconhecimento de que os factores comuns contribuem para os resultados; identificação de efeitos terapêuticos específicos e intervenções baseadas em evidências; desenvolvimento de uma rede profissional para a integração.

Esta tentativa de integrar diferentes abordagens pode ser fecunda, desde que pensada em termos complexos, não guiada por uma razão reducionista, estática, mas por um raciocínio dialógico, que não reduza as diferenças, mas preserve a dualidade em convivência com as complementaridades possíveis (Sundfeld, 2000).

Tal ideia traduz-se no conceito de “complementaridade paradigmática”, que implica:

Relativismo – natureza relativa, não absoluta de todos os tipos de conhecimento;

Contradição – complexidades e contradições são componentes inevitáveis do conhecimento da realidade;

Integração – síntese de alto nível de abstracção que constitui uma totalidade integrativa de sistemas opostos particulares (Vasco, 2001, 2005b).

Os terapeutas com uma visão integrativa definem diferentes bases teóricas, estratégias e técnicas, quando lidam com diferentes situações de forma esclarecida, tanto do ponto de vista clínico como intuitivo e com profundo conhecimento e compreensão dos problemas em questão (Gonçalves & Vasco, 2001).

O **Modelo da Complementaridade Paradigmática** (MCP) é um metamodelo integrativo (Vasco, 2001), que permite uma conceptualização transteórica do processo de intervenção terapêutica, com um potencial heurístico quer de integração quer de aplicação em directrizes práticas para o exercício clínico ou para a formação em psicoterapia, que lhe conferem uma grande capacidade de articulação entre modelos, impedindo a sua proliferação e resolvendo muitas das suas limitações; atribuindo igual importância às conceptualizações de caso e de processo, acrescentando, também, a dimensão dos princípios gerais de mudança como critérios de tomada de decisão clínica e a dimensão da aliança terapêutica. Este modelo assenta num pressuposto filosófico de que nenhuma das visões do mundo é superior a nenhuma outra e incentiva o diálogo e articulação contextualizada, em “diferenciação esclarecida” (Vasco, 2005b).

O processo terapêutico envolve, assim, segundo o MCP, um contexto relacional (um “*estar*” em terapia), no qual se traduzem princípios gerais de mudança (um “*quê*” da terapia), em acções terapêuticas específicas, orientadas por uma conceptualização de caso (um “*como*” da terapia) e por uma conceptualização de processo (um “*quando*” da terapia) (Vasco, 2005a).

O MCP postula o processo psicoterapêutico em sete fases, que compreendem a prossecução de objectivos estratégicos distintos e que se organizam de forma sequencial (que concebe avanços e recuos, numa espiral de macro e micro níveis de intervenção em várias dimensões do *self* em psicoterapia):

1. Confiança, Motivação e Estruturação da Relação;
2. Aumentar a Consciência da Experiência e do *Self*;
3. Construção de Novos Significados Relativos à Experiência e ao *Self*;
4. Regulação da Responsabilidade;
5. Implementação de Acções Reparadoras;
6. Consolidação da Mudança;
7. Antecipação do Futuro e Prevenção da Recaída.

Procurou-se explicitar a actual pertinência de articulação entre modelos que resolvam limitações existentes, através de um esforço de integração. É o caso do Metamodelo Integrativo de Complementaridade Paradigmática, que serve de referencial teórico ao presente estudo.

Da investigação (Vasco, 2006), pioneira em testar um modelo de fases associado a objectivos estratégicos, conclui-se que: as fases do metamodelo parecem ter alguma “realidade” (consistência interna) e estabilidade temporal (verifica-se um suporte claro para a dimensão temporal das fases de 1 a 7); as fases sobrepõem-se parcialmente e têm uma natureza cíclica; os objectivos das fases iniciais (1) e finais (6 e 7) são mais consistentes e estáveis (é mais claro o que se passa nas fases iniciais e finais do processo terapêutico do que aquilo que se passa nas fases intermédias); existe relação entre a dimensão temporal das fases e a estimativa de melhora por parte do paciente e também com o número de sessões. Foi ainda parcialmente suportada a hipótese de que os terapeutas mais consistentes (os que estando a trabalhar essencialmente os objectivos estratégicos de determinada fase estão igualmente a trabalhar objectivos de fases adjacentes) estabelecem melhores alianças terapêuticas, em contraste com os terapeutas que parecem fazer trabalho mais disperso. Verificou-se que a maioria dos terapeutas é consistente em termos de trabalho terapêutico relativo à promoção dos objectivos estratégicos, dado que, quase sem excepções, a força das correlações entre a fase dominante e as fases adjacentes é mais forte do que com as mais distantes.

A bidireccionalidade da consistência do trabalho terapêutico na promoção dos objectivos estratégicos poderá caracterizar intervenções que são sensíveis às necessidades do paciente em terapia, intervenções responsivas, que consistem na capacidade do terapeuta de modificar a forma e/ou conteúdo da intervenção, em função do impacto desta no paciente, de modo a colmatar as necessidades emergentes, no aqui e no agora, da relação terapêutica (Vasco, 2007). Ao facto da consistência de trabalho terapêutico estar relacionada com uma apreciação positiva (por parte dos pacientes) da qualidade da aliança terapêutica, acresce a aliança ser considerada o melhor preditor do sucesso da relação (Horvath & Bedi, 2002).

## **RELAÇÃO TERAPÊUTICA – ALIANÇA**

Como vimos, a investigação em psicoterapia tem passado pela legitimação da eficácia terapêutica, pelo confronto de diferentes abordagens teóricas, pelo estudo de factores comuns e específicos, até ao entendimento das complexas relações entre variáveis do terapeuta, do

paciente, da interação (enquanto mediadores da eficácia terapêutica), até à compreensão do processo terapêutico nas suas várias etapas (Moreira et al., 2005).

De acordo com vários investigadores, Lambert & Barley (2002) esquematizam os contributos relativos de diferentes tipos de variáveis (determinantes da eficácia terapêutica) para o resultado da intervenção terapêutica:

1. Cerca de 40% da variância das intervenções psicoterapêuticas pode ser explicada pela *remissão espontânea* (características do paciente e características do seu meio ecológico);
2. Aproximadamente 30% da variância das intervenções psicoterapêuticas pode ser atribuída a *factores comuns* a todas as orientações teóricas (e.g., qualidade da aliança terapêutica, explicações alternativas de perturbação, experiências emocionais correctivas);
3. Cerca de 15% da variância das intervenções psicoterapêuticas podem ser atribuídos a *efeitos placebo* (factores comuns);
4. Só os restantes 15% da variância é que podem ser atribuídos às *técnicas específicas* de cada orientação teórica.

Parece poder-se concluir que as principais determinantes do sucesso terapêutico são as características do paciente e da sua rede de apoio e os factores comuns a todas as orientações teóricas, com especial relevo para a qualidade da aliança terapêutica e as características do psicoterapeuta (Vasco, 2005b).

Horvath & Bedi (2002) documentam com evidências empíricas que a qualidade da aliança é um importante elemento para o sucesso e efectividade da psicoterapia.

Assim, a compreensão do processo psicoterapêutico tem sido veiculada pela ênfase dada aos aspectos relacionais e técnicos da aliança. Este conceito (e não o termo em si), originário da teoria psicanalítica, surge inicialmente associado ao de *transferência* (Hilsenroth, Peters & Ackerman, 2004; Horvath & Bedi, 2002), ou seja, repetição de conflitos relacionais passados, de tal maneira que sentimentos, atitudes e comportamentos das relações precoces são dirigidos ao terapeuta (Gelso & Hayes, 1998). O paciente dirige para o terapeuta um grau de afecto que não é baseado na relação que estabelecem, mas em fantasias anteriores do paciente que se tornaram inconscientes (Freud, 1971).

Zetzel usa o termo aliança terapêutica, que considera essencial enquanto função racional do ego que transforma deficiências precoces em experiências protectoras (citado por Hilsenroth et al., 2004).

Greenson expandiu o conceito de aliança, chamou-lhe *relação real*, enfatizou a interacção terapêutica entre paciente e terapeuta e as especificidades que estes trazem para a interacção terapêutica (citado por Gelso & Hayes, 1998).

As concepções psicodinâmicas, que enfatizam a aliança mais enquanto facilitadora do que responsável pela mudança (Horvath, 2000), foram dominantes até Carl Rogers (1957), que conceptualizou a relação terapêutica ideal enquanto encontro existencial entre um *acólito*, o cliente, que está em estado de incongruência, vulnerável ou ansioso e um *especialista*, o terapeuta, que revela uma atitude positiva incondicional pelo cliente, é empático e congruente.

Bordin reconceptualizou o conceito psicanalítico de *aliança de trabalho* para abarcar todas as relações indutoras de mudança (Horvath & Greenberg, 1989). Para Bordin (1979), a aliança é composta por três elementos, cuja combinação define a sua qualidade: acordo relativo a tarefas terapêuticas (actividades que sejam facilitadoras da mudança); acordo relativo a objectivos terapêuticos (resultados desejados ou alvos da intervenção terapêutica); qualidade do laço terapêutico (experienciado pelo terapeuta e pelo paciente, que inclui confiança, afecto e comprometimento) (Arnkoff, 2000).

Conceição & Vasco (2002 citado em 2004) concordam com a conceptualização de Bordin, mas ampliam-na ao sugerirem um quarto componente – acordo na representação do problema. Consideram que para a colaboração terapêutica é também fundamental este quarto componente, que se traduz no acordo entre paciente e terapeuta relativamente à "teoria da perturbação" e "teoria da adaptação" (i.e., componente descritivo e compreensivo) e à "teoria da intervenção" (i.e., elemento prescritivo) (Vasco, 2005a).

Por gerar interesse em tantas perspectivas, a aliança pode ser o ponto ideal de convergência entre investigadores e clínicos.

Alguns autores começaram a conceptualizar a aliança como um factor comum às diferentes abordagens (e.g., Martin, Graskie & Davis, 2000), consequentemente, as teorias psicoterapêuticas enfatizam tanto o papel da aliança que alguns teóricos se referem à aliança como a variável integrativa por excelência (Bordin, 1979).

Como vimos, o movimento das "*Relações Terapêuticas Empiricamente Suportadas*" (ESRs) visa delinear e disseminar a evidência empírica do papel da relação na terapia (Norcross, 2002). Encara-se a aliança como um componente da relação terapêutica representativo de elementos colaborativos e interactivos dessa relação. O movimento dos "*Princípios Empiricamente Suportados de Mudança Terapêutica*" (ESPs) também destaca os factores

relacionais entre os princípios da mudança suportados empiricamente (Castonguay & Beutler, 2006a).

Castonguay, Constantino & Holtforth (2006) reforçam que é consensual considerar que a aliança representa um elemento interactivo e colaborativo da relação terapêutica, face ao que se conhece a seu respeito:

1. A aliança correlaciona-se positivamente com a mudança terapêutica, ao longo de uma variedade de modalidades de intervenção e questões clínicas (Castonguay & Beutler, 2006b, Horvath & Symonds, 1991). Assim, assume-se que os terapeutas devem empenhar-se em estabelecer, monitorizar, manter e reparar uma ligação positiva e um forte nível de colaboração com os seus pacientes.
2. A literatura empírica parece indicar que a qualidade da aliança se correlaciona positivamente com algumas características e comportamentos dos pacientes (e.g., expectativa de mudança) e negativamente com outras (e.g., evitamento, dificuldades interpessoais) (Bachelor & Horvath, 1999; Clarkin & Levy, 2004). Os terapeutas devem estar preparados para responder aos problemas relacionais, bem como para modificar a sua abordagem no sentido de serem mais responsivos para com as necessidades dos seus pacientes (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002), pois, uma aliança inicial pobre poderá não significar insucesso da terapia, já que os psicoterapeutas devem ser capazes de reagir adequadamente às características interpessoais dos seus pacientes, incrementando a qualidade da aliança e a possibilidade de sucesso terapêutico (Puschner et al., 2005).
3. Algumas características e comportamentos do terapeuta estão positivamente associados com a qualidade da aliança (e.g., flexibilidade, interpretação proximal) (Ackerman & Hilsenroth, 2003), outras poderão contribuir para dificuldades (e.g., rigidez, criticismo) (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Beutler, et al., 2004). Os terapeutas devem ser auto-conscientes (“conhece-te a ti próprio”) e estar atentos à relação, para que, quando surgirem rupturas, as consigam identificar e usar a metacomunicação (Safran & Segal, 1990) (e.g., motivar o paciente para falar das rupturas, explorar a sua vivência da ruptura, reconhecer a sua contribuição para as dificuldades da aliança), em vez de manterem a ênfase em técnicas ou racionais específicos (Stevens, Muran & Safran, 2003). Estas intervenções metacomunicativas poderão não só promover a qualidade do laço terapêutico (e.g., ajudar o paciente a sentir-se mais compreendido e respeitado pelo terapeuta), mas também encorajar a relação colaborativa de ambos os participantes (e.g., concordância nos objectivos e tarefas que estão mais relacionadas com as suas necessidades) (Castonguay et al., 2004, Martin et al., 2000; Safran et al., 2002). Safran & Muran (1996) distinguem entre dois tipos de



rupturas, de *evitamento* e de *confrontação*. Defendem que estes marcadores podem ser observados e que tendem a estar associados com diferentes processos de resolução ou reparação das rupturas.

4. A construção inicial da aliança é conceptualizada como um processo de desenvolvimento linear (Gelso & Carter, 1994). Evidências sugerem que a aliança é particularmente preditiva de resultados, quando medida nas fases iniciais da terapia (3ª a 5ª sessão) (Bachelor & Horvath, 1999). Para além disso, a qualidade da aliança inicialmente pobre é preditiva de desistência do paciente (Spinhoven, Giesen-Bloo, Dyck, Kooiman & Arntz, 2007). Os terapeutas devem estimular a aliança desde o início da terapia e estar preparados para lidar com as rupturas na aliança assim que elas surjam, porque a negociação das rupturas da aliança parece ser indispensável para o sucesso terapêutico (Horvath & Bedi, 2002). Contudo, não devem restringir a avaliação da aliança às fases iniciais da terapia, pois no seu decurso, os pacientes têm, frequentemente, sentimentos negativos relativos à terapia ou ao terapeuta, que não expõem por receio das suas atitudes (Safran et al., 2002).
5. Devido aos vários anos de investigação relativa à aliança, existem vários instrumentos de medida deste constructo, da perspectiva do paciente, do terapeuta e outros observadores (Horvath & Greenberg, 1994). A maioria das escalas foi desenvolvida no contexto da tradição psicodinâmica, mas pelo menos uma – *Working Alliance Inventory* (Horvath & Greenberg, 1989) – é originária de uma perspectiva transteórica. Assim, a aliança pode ser avaliada em qualquer tipo de abordagem terapêutica.

Há consenso na investigação em psicoterapia para considerar a aliança terapêutica genericamente definida como a colaboração mútua entre paciente e terapeuta (Bordin, 1979; Gelso & Hayes, 1998), como um preditor robusto e consistente dos resultados da terapia (Castonguay et al., 2006, Roten, et al. 2004, Safran & Muran, 1996). Na verdade, quer ao nível empírico, quer ao nível clínico, as diferentes abordagens psicoterapêuticas têm largamente reconhecido a aliança terapêutica como um componente crucial da mudança (Horvath & Symonds, 1991, Martin et al., 2000).

À relação, pois, que o paciente e terapeuta mantêm entre si, à volta de esforços intencionais para obter melhorias numa determinada condição ou problema apresentado pelo paciente, chama-se Relação Terapêutica, e ao envolvimento e comprometimento de ambos, Aliança Terapêutica (Kazdin, 2007, Moreira et al., 2005).

Em psicoterapia, a satisfação do paciente é extremamente dependente da aliança terapêutica. Os pacientes com melhores alianças terapêuticas alcançam resultados terapêuticos superiores

(Lambert & Barley, 2002). Pacientes com alianças terapêuticas fortes, mesmo quando confrontados com custos elevados, parecem manter-se em terapia e experienciar melhores resultados (Quirk, Erdberg, Crosier & Steinfeld, 2007).

Discrepâncias entre as avaliações da aliança por parte do paciente e do terapeuta podem sinalizar rupturas na aliança, que urge serem resolvidas (Castonguay et al., 2006), pois podem ser resultado do impacto que as intervenções têm no paciente, o que acentua a necessidade de monitorização e avaliação da relação terapêutica (Moreira et al., 2005).

As rupturas na aliança podem fornecer uma importante oportunidade de mudança terapêutica, se devidamente geridas (exploração sistemática, compreensão e resolução). Deste modo, o terapeuta proporcionará ao paciente uma nova experiência interpessoal construtiva que modificará os seus esquemas interpessoais disfuncionais (Safran & Muran, 1996; Safran et al., 2002).

Apesar da grande maioria dos estudos empíricos tentar estabelecer relações preditivas entre medidas iniciais da aliança e resultados terapêuticos, a investigação da relação sequencial entre a aliança e os progressos do paciente, ao longo da psicoterapia, parece ser mais profícua (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000; Klein et al., 2003).

Gelso & Carter (1994) sublinham a necessidade de analisar a interacção dos componentes comuns a todas as relações terapêuticas (*working alliance*; *transference*; *real relationship*) e de perceber como é que cada um opera ao longo do curso da psicoterapia. Sugerem que um padrão curvilíneo (*high-low-high*) de desenvolvimento da aliança poderá ser mais característico das terapias breves eficazes.

Kivlighan & Shaughnessy (2000) propuseram-se a identificar diferentes padrões de desenvolvimento da aliança, na perspectiva do paciente, e a testar as hipóteses avançadas por Gelso e Carter (1994). Concluíram que existem padrões qualitativamente distintos de desenvolvimento da aliança (crescimento linear, quadrático e estável) e que o padrão quadrático de desenvolvimento da aliança é mais responsável pela variância dos resultados do que o nível da aliança por si só. Referem ainda que o padrão quadrático de desenvolvimento da aliança evoca o processo de ruptura e reparação (*tear-and-repair*) descrito por Bordin (1979) como inevitável (i.e., a perturbação do paciente origina dificuldades relacionais e a sua resolução é a essência da psicoterapia) e que foi operacionalizado por Gelso & Carter (1994) como *high-low-high*.

Também Conceição & Vasco (2004), tendo como referencial teórico o Modelo de Complementaridade Paradigmática, procuraram caracterizar o desenvolvimento da aliança ao

longo da sequência temporal de fases traduzidas em objectivos estratégicos e concluíram que um processo semelhante a “*tear and repair*” (ruptura e reparação) acontece tendencialmente na transição da fase 3 para a fase 4.

Tracey, Sherry & Albright (1999), ao examinarem o padrão de complementaridade (entre paciente e terapeuta) e a sua relação com os resultados, concluíram que as díades com melhores resultados demonstraram um padrão inicial de elevada complementaridade, que diminuía na fase intermédia da intervenção e que voltava a aumentar perto do fim – co-variação em forma de U.

Em 2004, Stiles et al., tentaram replicar as conclusões de Kivlighan & Shaughnessy (2000) e, apesar de algumas diferenças, encontraram alguns pacientes que correspondem ao padrão de ruptura-reparação (em forma de V). Estes pacientes apresentam maiores ganhos terapêuticos, o que é consistente com a teoria que defende que as sequências de ruptura-reparação são terapêuticas, ou seja, as rupturas na aliança constituem oportunidades de melhoria do relacionamento interpessoal através da aprendizagem, e as reparações na aliança representam essas oportunidades no aqui e no agora da relação terapêutica (Safran & Muran, 1996, 2000).

Assume-se que, em psicoterapia, a probabilidade de um padrão de relacionamento interpessoal disfuncional e rupturas na aliança é maior nos casos mais complexos, tornando-se assim imperioso que o terapeuta identifique tais situações, desenvolva estratégias que permitam lidar terapêuticamente com este processo negativo e promova a reparação das rupturas na aliança terapêutica (Safran & Muran, 2000). Neste contexto, uma atitude terapêutica responsiva implica (meta)comunicar (comunicação terapêutica potencialmente reparadora) sobre os desentendimentos e tentar reparar as falhas de colaboração, de comunicação e de sintonia. Deste modo, a terapia pode ser entendida como base para ensaiar “novos possíveis” e promover mudanças tendentes à capacidade de melhor regulação da satisfação das necessidades (Vasco, 2007).

## **PERSONALIDADE**

### **TERAPIA FOCADA NOS ESQUEMAS DE YOUNG**

Pelo exposto, percebe-se que as dificuldades interpessoais estão frequentemente implicadas no desenvolvimento e manutenção de muitas perturbações, a sua minimização e consequente melhoria dos padrões de relacionamento interpessoal são o objectivo comum à maioria das

abordagens psicoterapêuticas, elas próprias processos interpessoais da relação paciente-terapeuta (Puschner et al., 2005).

Assim, a qualidade da relação terapêutica – aliança – parece ser particularmente relevante nas intervenções nas perturbações de **personalidade** (Young et al., 2003), uma vez que se espera que estes pacientes sejam os mais resistentes à intervenção, devido aos seus padrões emocionais e interpessoais persistentes e inflexíveis (Muran, Safran, Samstag & Winston, 2005).

Existe bastante literatura que defende a importância da compreensão das características de personalidade do paciente no desenvolvimento de uma aliança terapêutica efectiva entre paciente e terapeuta (e.g., Norcross, 2002). Um terapeuta competente desenvolve o entendimento da personalidade do paciente e da sua condição clínica para estabelecer uma relação terapêutica eficaz. Os psicólogos que avaliam a personalidade desempenham um papel importante na melhoria da relação terapêutica com os pacientes mais complexos. É estabelecido e difundido na literatura empírica e teórica que a avaliação e a intervenção articuladas harmoniosamente incrementam os resultados terapêuticos.

As especificidades da personalidade são inatingíveis se não forem compreendidas e integradas na intervenção, tornando-se obstáculos que minam o processo terapêutico. Estes pacientes reivindicam ajustes no processo terapêutico, ou seja, a psicoterapia deverá ser planeada e desenvolvida para responder a necessidades específicas, permitindo o viver de uma vida mais funcional e plena.

Os questionários de personalidade, quando usados apropriadamente, têm potencial para ajudar o terapeuta a melhor compreender as características do paciente, o que incrementa a sua habilidade na prestação de cuidado mais eficaz, efectivo e personalizado. Este entendimento é particularmente importante com pacientes complexos para os quais falhar na implementação de estratégias adequadas aos seus estilos e características de personalidade pode implicar dificuldades na relação e rupturas precoces. Usar a avaliação da personalidade e planejar a intervenção, com especial atenção na avaliação da experiência do paciente, reduzirá os sintomas perturbadores (efeito da intervenção) e desenvolverá no paciente o sentimento de que é compreendido pelo terapeuta (efeito na aliança) (Quirk, et al., 2007). É esperado que nos pacientes com perturbações de personalidade, uma avaliação precoce da aliança poderá erroneamente indiciar um abandono prematuro ou resultados desfavoráveis (e.g., Bond, Banon & Grenier, 1998). Assim, vários autores consideram que a investigação da relação sequencial entre a aliança e a melhoria do paciente, durante a intervenção, é vista como um avanço,

quando comparada com a investigação dos valores precoces da aliança, enquanto preditores de resultados posteriores (Spinhoven et al., 2007).

O crescimento da aliança terapêutica ao longo da primeira fase da intervenção será facilitador de subsequentes resultados nas fases finais da psicoterapia (Strauss, et al., 2006). Especialmente nas perturbações de personalidade, o estabelecimento da relação terapêutica não é imediatamente conseguido, porque a maioria dos problemas destes pacientes são geralmente de carácter interpessoal (Benjamin & Karpiak, 2000). Assim, estabelecer, monitorizar, manter e reparar uma aliança terapêutica colaborativa surge como uma das questões centrais para as diferentes orientações psicoterapêuticas (Beck et al., 1990). Nas perturbações de personalidade a essência da terapia e os seus objectivos são a aliança (i.e., acordo entre paciente e terapeuta relativo ao laço, aos objectivos e às tarefas, são a terapia).

Spinhoven et al. (2007) consideram que a sua investigação é a primeira a referir-se às relações preditivas entre as mudanças na aliança terapêutica e os resultados, em diferentes fases da intervenção em perturbações de personalidade.

Na investigação em psicoterapia, porém, pouca atenção tem sido prestada ao impacto de algumas variáveis do terapeuta, particularmente àquelas que são eminentemente relacionais ou interaccionais (Beutler, et al., 2004).

Assume-se que as características de personalidade do terapeuta e a sua relação recíproca com as características de personalidade do paciente são responsáveis pelo desenvolvimento e pela qualidade da aliança terapêutica (Beck, et al., 1990, Young et al., 2003).

Segundo Cunha (1996), o interesse pelas perturbações de personalidade tem vindo a aumentar claramente, o que se tem repercutido num refinamento das abordagens cognitivas da teoria e intervenção nestas perturbações específicas. Como tal, a perspectiva cognitiva foi enriquecida com uma nova família de teorias, que defendem a ideia da importância do desenvolvimento num contexto interpessoal. O indivíduo passa a ser considerado como um agente do seu desenvolvimento, onde os outros têm um papel de relevo. Estamos a referir-nos às abordagens interpessoais/relacionais, em que é compartilhada a ideia de que os indivíduos desenvolvem precocemente esquemas de interacção eu/outro, que modelam as interacções subsequentes, ao longo da vida. Nesse sentido, os comportamentos de um indivíduo num contexto de interacção tendem a desencadear comportamentos previsíveis nos outros (Safran & McMain, 1992; Safran & Segal, 1990).

O modelo cognitivo de Beck abordou inicialmente a depressão, depois, as perturbações de ansiedade e, só por fim, as perturbações de personalidade. A sua teoria estabelece que as cognições, emoções e comportamento são interdependentes (Davidson, 2006).

Contudo, e apesar da eficácia da terapia cognitiva ter sido demonstrada em diversos estudos, tem-se verificado que alguns pacientes não respondem adequadamente e outros não respondem de todo (Beck, 1996). Verificou-se, então, que os indivíduos com pior resposta à terapia cognitiva eram pacientes com tendência para apresentarem um alto nível de disfunção cognitiva, severas dificuldades interpessoais e enorme dificuldade em manter a relação terapêutica (Young, et al., 2003). Também as chamadas perturbações de personalidade, caracterizadas pela sua rigidez e evitamento cognitivo e afectivo, apresentavam uma pobre resposta à intervenção terapêutica delineada pela terapia cognitiva clássica (Beck, et al., 1990; Safran & McMain, 1992; Young, 1990).

A **Terapia Focada nos Esquemas de Young** talvez represente o mais significativo desenvolvimento da abordagem cognitiva, integrando, sobretudo ao nível da intervenção, estratégias e técnicas oriundas de outras escolas de psicoterapia (Young et al., 2003). Uma das vantagens da Terapia Focada nos Esquemas é o seu carácter integrador, ao contemplar não unicamente técnicas cognitivas, mas também emocionais, relacionais e comportamentais que, embora presentes nas conceptualizações iniciais de Beck, não tinham sido suficientemente desenvolvidas e explicitadas no modelo terapêutico (Theiler, 2005). Este carácter integrador confere-lhe uma maior capacidade de compreensão clínica das perturbações de personalidade e permite abordagens terapêuticas mais completas e eficazes (Rijo, 2000).

Young (1990) apercebeu-se de que a terapia cognitiva tradicional, que lida com pensamentos automáticos, distorções cognitivas e suposições subjacentes, oferecia, habitualmente, nestes casos, fracos resultados. Na sua opinião, tal devia-se, sobretudo, a quatro características desses pacientes: apresentação difusa dos problemas, rigidez, evitamentos de vária ordem e acentuadas dificuldades interpessoais (McGinn & Young, 1996). Nesse sentido, refere a existência de níveis mais profundos das cognições, *esquemas precoces* (EP) (Davidson, 2006; Theiler, 2005).

Os esquemas correspondem a corpos de conhecimento relativamente coesos e persistentes, capazes de orientar a percepção e que se formaram da organização de reacções e experiências passadas. Os EP correspondem, por seu turno, a temas extremamente estáveis e duradouros (relativos ao próprio e às relações do próprio com os outros), que se desenvolvem durante a infância e que se elaboram ao longo da vida do indivíduo (Young, 1990).

Dada a sua natureza incondicional, são frequentemente mais hipervalentes, comparativamente às crenças subjacentes aos esquemas definidos por Beck. Estes esquemas servem como padrões para o processamento de experiências posteriores e são desenvolvidos precocemente na infância, como resultado da interacção entre experiências nocivas (e.g., privação severa, rejeição, abuso, instabilidade, criticismo, abandono) e as características individuais herdadas; permanecem por toda a vida, a não ser que sejam objecto de intervenção terapêutica. Ou seja, são desenvolvidos e mantidos através de experiências interpessoais (podem resultar de experiências disfuncionais com agentes de socialização precoces) e definem comportamentos, sentimentos e pensamentos do indivíduo e as suas relações com os outros, que conduzem a consequências disfuncionais.

Ao contrário de Beck, Young não se refere às categorias do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), prefere identificar vários tipos de esquemas e agrupá-los.

A Terapia Focada nos Esquemas postulou, inicialmente, a existência de dezasseis esquemas primários, que reflectiam os conteúdos temáticos mais comuns nas perturbações de personalidade e que, por sua vez, foram agrupados em seis domínios de funcionamento: Instabilidade/Desligamento, Autonomia Deteriorada, Indesejabilidade, Auto-expressão Restringida, Gratificação Restringida e Limites Deteriorados (McGinn & Young, 1996). Depois de sucessivas alterações na descrição e número de esquemas precoces, foram definidos dezoito esquemas em cinco domínios: I. Distanciamento e Rejeição; II. Autonomia e Desempenhos Deteriorados; III. Limites Deteriorados; IV. Influência dos Outros; V. Sobrevigilância e Inibição, para os quais existe suporte empírico (Young et al., 2003).

Também foram definidas duas operações esquemáticas fundamentais: o *schema healing* que é o objectivo da terapia e o *schema perpetuation* que é o resultado de estilos de *coping* disfuncionais (*surrender*, *avoidance* e *overcompensation*), que são os mecanismos desenvolvidos precocemente pelos pacientes para se adaptarem aos esquemas (Young et al., 2003).

O conceito de *processo de esquema* refere-se, então, aos processos esquemáticos que explicam o funcionamento dos esquemas: como se mantêm, como são evitados e como, algumas vezes, os pacientes se adaptam aos seus esquemas compensando-os. Estes processos podem ocorrer no domínio cognitivo, afectivo e no funcionamento comportamental, a longo prazo.

Assim, temos a manutenção do esquema que envolve respostas de concordância, aceitação em situações em que o tema do esquema é activado.

Temos ainda o processo de evitamento do esquema que é uma forma de lidar com níveis altos de afectos desagradáveis (e.g., cólera, ansiedade, tristeza, culpa) associados à activação do

esquema. Os tipos de processo de evitamento do esquema mais frequentes são: evitamento cognitivo (tentativa voluntária ou automática de bloquear pensamentos ou imagens que possam activar o esquema); evitamento afectivo (tentativa voluntária ou automática para bloquear as emoções que são desencadeadas pelo esquema) e evitamento comportamental (tendência para evitar circunstâncias ou situações na vida real, que possam activar esquemas perturbadores).

Finalmente, a compensação do esquema relaciona-se com um estilo que parece ser oposto à previsão que se faria do conhecimento dos EP. Pode ser entendida como uma forma de lutar com sucesso (parcial) contra os esquemas (Davidson, 2006, Young, et al., 2003).

A intervenção terapêutica é conceptualizada em duas fases, nas quais é essencial a valorização da relação terapeuta-paciente. Na fase de Avaliação e Educação, o terapeuta auxilia o paciente a identificar os esquemas, a compreender a sua origem na infância ou adolescência e a relacioná-los com as dificuldades ou problemas actuais. Segue-se uma fase de Mudança, em que o terapeuta articula estratégias cognitivas, experienciais, comportamentais e interpessoais/relacionais, com o objectivo principal de reestruturar os esquemas precoces e substituir estilos de *coping* disfuncionais por formas mais adaptativas e funcionais de comportamento.

A relação terapêutica é encarada como um componente vital da avaliação e mudança esquemática, e é dado destaque à *confrontação empática* (ou *teste da realidade*), que envolve simultaneamente expressar compreensão pelas razões da manutenção esquemática e confronto com a necessidade de mudança, e também ao uso da *reparentalização*, ou seja, proporcionar, com os limites apropriados da relação terapêutica, o que os pacientes necessitam, mas que não obtiveram dos seus pais enquanto crianças (i.e., favorecer a regulação da satisfação das necessidades emocionais básicas dos pacientes). Na fase inicial da terapia, estabelece-se a relação (empática, calorosa, genuína), o terapeuta conceptualiza o caso, decide que estilo de *reparentalização* é adequado ao paciente e determina qual ou quais dos seus próprios esquemas poderão interferir com a terapia. Na Terapia Focada nos Esquemas, a relação é de proximidade, a personalidade do terapeuta é naturalmente exteriorizada, aos pacientes é solicitado *feedback* e que expressem as suas emoções negativas relativas à psicoterapia e ao terapeuta, com o objectivo de fomentar um ambiente seguro e de aceitação, que facilite o estabelecimento do laço emocional com o terapeuta (Young et al., 2003).

Para os objectivos do presente estudo, apenas me reportarei ao primeiro domínio esquemático – Distanciamento e Rejeição – por razões de ordem metodológica e porque este domínio engloba esquemas (Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defeito/



Vergonha, Isolamento Social/Alienação) que são considerados mais perturbadores e causadores de níveis mais elevados de disfunção e invalidação. Young et al. (2003) chegaram a esta conclusão através da sua prática clínica, acreditando que os esquemas deste domínio influenciam a interpretação de situações ao longo da vida, uma vez que afectam a percepção do *self* e dos outros, a percepção do ambiente e a saúde ou bem-estar psicológico.

Theiler (2005), ao investigar as proposições teóricas de Beck, Epstein e Young, que sugerem que os esquemas disfuncionais operam como cognições nucleares inconscientes relacionadas com a saúde e bem-estar psicológico dos indivíduos, conclui que a não satisfação das necessidades emocionais básicas (vinculação segura, autonomia e competência, expressão emocional genuína, espontaneidade, limites realísticos), por parte dos cuidadores primários, poderá ter um forte impacto negativo (desenvolvimento de psicopatologia).

Os resultados deste estudo corroboram a asserção teórica de que os esquemas não são conscientes (e.g., Beck, 1996; Pacini & Epstein, 1999; Young et al. 2003) e que têm uma ligação invasiva para a saúde e o bem-estar psicológico, logo é reforçado o argumento de que têm uma influência nefasta no desenvolvimento do indivíduo.

Esses resultados mostram ainda que os esquemas disfuncionais identificados através de memórias precoces, que respeitam ao domínio Distanciamento e Rejeição, são os melhores preditores do grupo de indivíduos que apresentam maiores níveis de perturbação. Tal revela-se particularmente importante, pois, um grupo consideravelmente pequeno de esquemas centrado em redor das percepções de Distanciamento e Rejeição é significativamente associado àqueles que descreveram um maior leque de sintomatologia psicológica (Theiler, 2005).

Pacientes com esquemas neste domínio são incapazes de estabelecer relações seguras e satisfatórias com os outros, porque sentem que as suas necessidades emocionais/relacionais (e.g., estabilidade, segurança, empatia, respeito, protecção, amor) nunca são satisfeitas.

Logo, apesar de a relação terapêutica ser frequentemente central no apoio prestado a estes pacientes, o estabelecimento de uma aliança terapêutica positiva poderá ser mais moroso e complexo (Young et al., 2003).

**TEORIA DA VINCULAÇÃO**  
**VINCULAÇÃO ADULTA**  
**INTERACÇÃO TERAPÊUTICA**

Shorey & Snyder (2006) concluem que a compreensão da **teoria da vinculação** facilita a conceptualização dos problemas dos pacientes e a selecção das intervenções apropriadas, considerando que as perturbações de personalidade podem ser concebidas como perturbações da vinculação.

O estabelecimento, desenvolvimento, monitorização e reparação da aliança terapêutica são a questão central da intervenção nas perturbações de personalidade, constituem o «mecanismo fundamental de cura», ou seja, nestes casos, a aliança é a essência da psicoterapia (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

A teoria da vinculação representa um referencial importante para pensar acerca do desenvolvimento e manutenção da aliança terapêutica e da resolução de conflitos no seio da relação terapêutica (Rubino, Barker, Roth & Fearon, 2000).

Segundo Daniel (2006), há estudos que têm ligado os padrões de vinculação dos pacientes e dos terapeutas a diferenças nos comportamentos em terapia, a diferenças na qualidade e no desenvolvimento da aliança terapêutica, bem como a diferenças nos resultados terapêuticos.

Na obra, *A Secure Base*, Bowlby (1988, p.140, citado por Daniel, 2006) frisou: “Ao disponibilizar ao paciente uma base segura, a partir da qual ele explora e expressa os seus pensamentos e sentimentos, o papel do terapeuta é análogo ao da mãe que proporciona à sua criança uma «base segura» a partir da qual ela explora o mundo”. Neste contexto, o conceito de «base segura» refere-se à confiança que o indivíduo tem numa figura particular (significativa), protectora e de apoio, que está disponível e é acessível, e a partir da qual se pode fazer uma exploração participada do meio (Rodrigues et al., 2004).

Uma vez que a segurança é considerada um pré-requisito para a exploração bem sucedida, a teoria da vinculação sugere que os terapeutas devem esforçar-se por estabelecer uma relação de vinculação segura com os seus pacientes (Wallin, 2007). Os terapeutas devem estar conscientes e tomar em consideração as representações e expectativas decorrentes de relações inseguras anteriores de modo a desenvolver uma relação de trabalho segura.

Quaisquer que sejam os objectivos da terapia, grande parte da tarefa terapêutica consistirá na mudança ou melhoria dos actuais modelos de funcionamento interpessoal do paciente (Daniel, 2006).

Vasco (2005a) entende que “o funcionamento adaptativo do ser humano implica a presença de conteúdos esquemáticos, crenças e características de personalidade flexíveis e equilibrados, cuja manifestação não seja sentida como ego-distónica, implica a sensação continuada de *self* e identidade pessoal...” (p.26).

As relações que estabelecemos com aqueles que de mais perto nos rodeiam são uma das partes, senão a parte mais importante, da nossa vida. Reconhecemos que as relações significativas podem ser factores de risco ou de protecção, pois ora promovem o sentimento de segurança e a auto-estima e concorrem para o bem-estar global do indivíduo, ora geram condições adversas de existência e implicam considerável sofrimento (Canavarro, 1999). Deste modo, as relações precoces de vinculação segura conferem resiliência, enquanto que as de vinculação insegura representam um factor de risco significativo para o desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta (Wallin, 2007).

Descobertas recentes, em vários domínios do saber (e.g., psicologia do desenvolvimento, neurociências), podem ser sintetizadas de forma a compreender como é que o cérebro origina os processos mentais e é directamente moldado por experiências interpessoais - «Neurobiologia Interpessoal» - a integração que se estende do nível interpessoal até ao neurológico pode ser conceptualizada como o processo básico de que toda a relação afectiva (vinculação) segura facilita a promoção do bem-estar psicológico (Siegel, 2001).

Os comportamentos de busca de proximidade parental são explicados por uma ideia originária da teoria dos sistemas e da etologia, que consiste na existência de um sistema comportamental auto-regulador (conjunto de elementos que funcionam de forma coordenada para determinados objectivos) destinado a assegurar o «sentimento de segurança» e prestação de cuidados. Quando não são cumpridos os objectivos, o sistema activa comportamentos de vinculação (e.g., chorar, chuchar, e perseguir) de modo a recuperar a disponibilidade física e/ou psicológica da figura parental (Chisholm, 1996). Ao longo do desenvolvimento, com base nas experiências de vinculação, a criança constrói uma representação dinâmica das acções, dos processos e transformações, ou seja, estruturas cognitivas, as quais Bowlby (1973/1975) denomina de «modelos internos de trabalho» (representações mentais, conscientes e inconscientes, do mundo, dos outros e de si próprio que ajudam o indivíduo a perceber os acontecimentos e a antever e arquitectar planos para o futuro) e que a criança leva consigo para a vida adulta. Estes modelos internos de trabalho consistem em crenças organizadas que moldam as expectativas, percepções, reacções e comportamentos individuais (Collins & Read, 1990). As representações criadas pela criança seguem uma linha de descentração: primeiro

constrói uma representação de si mesma e da sua figura de vinculação e, no futuro, dos outros, ou seja, das relações que estabelece (Chisholm, 1996).

Estes modelos constituem importantes grelhas de leitura na interpretação e na previsão de comportamentos, influenciando os padrões de interacção nas relações de proximidade emocional. Para além disso, são sistemas afectivamente carregados que regulam o sistema comportamental de vinculação, tendem a resistir à mudança e a influenciar o comportamento na vida adulta, embora sejam sensíveis a transformações, resultantes de alterações nas interacções do indivíduo com o meio (Rodrigues et al., 2004). Os modelos internos de trabalho podem ser modificados face a relações (de vinculação) significativas, contudo, muitos factores podem contribuir para a estabilidade do estilo de vinculação ao longo do tempo, tais como, erros no processamento da informação e esquemas, que enviesam a construção da realidade de modo concordante com os modelos existentes (Platts, Tyson & Mason, 2002).

Os estilos de vinculação são a expressão dos modelos internos de trabalho, isto é, um determinado estilo de vinculação consiste em vários modelos internos de trabalho que se aplicam a um vasto leque de situações (Bridges, Connell, & Belsky, 1988) e torna-se mais complexo à medida que se desenvolvem mais relações ao longo da vida.

Bowlby (1969/1971, 1973/1975, 1980) propôs um modelo do desenvolvimento com implicações claramente articuladas para a psicopatologia. De acordo com este modelo, o desenvolvimento pela criança de uma vinculação pelo cuidador é a tarefa desenvolvimental chave que influencia não só as representações do *self* e do outro, mas também as estratégias de processamento dos pensamentos e sentimentos de vinculação.

As crianças desenvolvem expectativas acerca da disponibilidade dos seus cuidadores (figuras significativas) através de interacções com os cuidadores primários. As experiências precoces podem permitir às crianças desenvolver um modelo do *self* como amado e valorizado e um modelo dos outros como afectuosos e esta confiança permite-lhes desenvolver estratégias seguras de que as suas necessidades serão satisfeitas. Quando as crianças têm experiências de rejeição e insegurança (falta de confiança, incerteza), desenvolvem um modelo do *self* como mal-amados ou rejeitados e um modelo dos outros como incapazes de amar ou rejeitadores, não esperando que os cuidadores estejam disponíveis quando precisarem, desenvolvendo estratégias inseguras de *coping*.

As situações de perda ou abuso originam modificações nas representações internas e afectam as estratégias que as crianças utilizam para processar afectos e pensamentos. Bowlby (1973/1975, 1980) sugere que quando a criança desenvolve representações negativas do *self* ou

dos outros, ou quando adota estratégias de processamento dos sentimentos e pensamentos que comprometem o julgamento realístico, tornam-se mais vulneráveis à psicopatologia.

Um ímpeto importante para a adoção do conceito de **vinculação adulta** (generalização de pensamentos, emoções e expectativas, que regulam o envolvimento nas relações de proximidade) na psicologia clínica é o número crescente de estudos que mostram a relação entre os padrões de vinculação insegura, problemas psicológicos e psicopatologia (Daniel, 2006). Tal conexão foi prevista por Bowlby (1973/1975, 1980), que abordou extensivamente os efeitos negativos da perda e separação das figuras de vinculação na infância, mas que só se tornou passível de ser investigada devido ao desenvolvimento da *Adult Attachment Interview* (AAI) (George, Kaplan, & Main, 1996; Hesse, 1999; Main & Goldwyn, 1998 citados por Bernier & Dozier, 2002), que é uma entrevista semi-estruturada focada nas experiências precoces com os pais, com duração aproximada de uma hora. A AAI permite uma classificação em quatro categorias de estados mentais referentes à vinculação: autónomo, distanciado, preocupado e não-resolvido (Main & Goldwyn, 1998, citados por Bernier & Dozier, 2002).

As evidências empíricas de um considerável número de estudos são, na generalidade, consistentes, indicando que diferenças na vinculação adulta estão associadas a representações distintas da história de relacionamento com os pais na infância e que os indivíduos classificados como seguros na idade adulta tendem a recordar as figuras parentais de forma mais favorável, comparativamente com os inseguros (Bifulco et al., 2004; Canavarro, 1999; Collins & Read, 1990; Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987).

Diversas tipologias foram propostas para a classificação da vinculação no adulto. Não obstante, a classificação geral da vinculação em segura *versus* insegura está sempre presente. (Bifulco et al., 2004).

Bowlby (1988, citado em Daniel, 2006) também descreveu como as relações de vinculação insegura podem levar à exclusão defensiva de pensamentos e sentimentos relativos à vinculação e, assim, tornar o indivíduo mais vulnerável a futuros problemas psicológicos. Padrões de vinculação inseguros podem ser concebidos como padrões de processamento de informação e regulação emocional/afectiva, que foram desenvolvidos para proteger a pessoa da dor proveniente da vinculação, que podem ser mantidos e reforçados ao longo das relações subsequentes (Wallin, 2007).

Um dos primeiros estudos que explorou a relação entre psicopatologia e vinculação evidenciou suporte para a associação entre perturbação psiquiátrica e dificuldades não resolvidas nas relações precoces (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, et al., 1996).

Platts et al. (2002) concluem que a investigação empírica relativa à vinculação adulta associa o estilo de vinculação insegura com psicopatologia.

Os estudos do impacto dos padrões de vinculação sobre o resultado das intervenções psicoterapêuticas são ainda bastante modestos em número e têm sido essencialmente de previsão dos resultados com base nos padrões de vinculação dos pacientes. Os padrões de vinculação dos pacientes podem ser relevantes para os resultados psicoterapêuticos de pelo menos duas maneiras:

- Porque pacientes com determinados tipos de padrões de vinculação podem beneficiar mais da psicoterapia, ou de formas particulares de psicoterapia do que outros pacientes;
- Devido à conexão entre padrões de vinculação inseguros e problemas psicológicos, poderia ser interessante olhar para os resultados psicoterapêuticos em termos de mudança nos padrões de vinculação. Isto é, a classificação de vinculação adulta poderá ser usada como uma medida de resultados em si mesma (Daniel, 2006).

Relativamente à personalidade, as investigações têm tentado definir como é que as características do paciente e do terapeuta interagem mutuamente, resultando em **padrões de semelhança ou dissemelhança** (Beutler et al., 2004). Esta questão tem sido encarada de duas maneiras distintas: a de que semelhança nas características de personalidade aumenta a vinculação e participação na terapia e, conseqüentemente, promove os resultados, tem sido confirmada em alguns estudos (e.g., Herman, 1998); mas suporte para a proposição oposta também tem sido encontrado (e.g., Berry & Sippes, 1991). Deste último ponto de vista, defende-se que, se as características de personalidade de paciente e terapeuta se combinam, tal resultará em «cegueira», isto é, incapacidade do terapeuta na compreensão das suas reacções emocionais para com o paciente, bem como na gestão adequada da relação terapêutica. Assim, é esperado que a semelhança de características de personalidade de terapeutas e pacientes impeça o desenvolvimento da aliança terapêutica. Tanto a perspectiva cognitiva como a psicodinâmica assumem que as características pessoais do terapeuta, na sua relação recíproca com as características pessoais do paciente, são responsáveis pela qualidade e desenvolvimento da aliança terapêutica (Bernier & Dozier, 2002).

Bowlby (1988, citado por Bernier & Dozier, 2002) indica que a maior tarefa do terapeuta é ajudar os pacientes a reorganizar e modificar os seus modelos de trabalho inseguros ou padrões relacionais disfuncionais. O terapeuta tem de desafiar as crenças do paciente relativas às relações interpessoais, através da adopção de uma postura flexível, que esteja em contraste

(i.e., não-complementar) com as expectativas rígidas do paciente. Um dos factores facilitadores das respostas não-complementares do terapeuta ao paciente é ter um estilo de vinculação segura.

Os resultados da investigação conduzida por Spinhoven et al. (2007) estão em concordância com o que defendem psicoterapeutas de diversas orientações – os terapeutas devem ser capazes de preservar uma parte distanciadora e observadora do seu pensamento, que permita a monitorização precisa e análise das suas reacções provocadas pela activação dos esquemas.

Um tema também frequente na literatura empírica é o efeito do estilo de vinculação do paciente na formação da aliança terapêutica. Se os pacientes com diferentes estilos de vinculação se relacionam interpessoalmente de maneira diferente, é esperado que os seus padrões de vinculação colore as alianças terapêuticas que formam com os terapeutas, tanto em termos de qualidade, como no seu desenvolvimento ao longo do tempo (Daniel, 2006).

Mallinckrodt, Potter & Kivlighan (2005) encontraram associações fortemente positivas entre a vinculação segura ao terapeuta e a aliança terapêutica. Dificuldades interpessoais foram associadas a pobre qualidade do laço terapêutico e, em particular, com a tendência a sentir que o terapeuta não compreende o que o paciente pensa e sente (baixa ressonância empática) (Saunders, 2001). Satterfield & Lyddon (1995) concluíram que as dificuldades do paciente em depender e confiar nos outros afectam o estabelecimento da relação com o terapeuta, além disso, Mallinckrodt, Coble & Gantt (1995) mostraram que, nos pacientes com medo de abandono e rejeição nas relações próximas, a avaliação da qualidade da aliança era mais baixa. Num estudo de Strauss et al. (2006), alianças iniciais mais fortes e episódios de ruptura (oportunidade para experiências correctivas e facilitação da mudança), seguida de reparação, foram preditores de melhorias mais significativas nos sintomas de perturbação de personalidade e de depressão.

As rupturas podem ser informativas acerca das expectativas dos pacientes relativas às relações e, se detectadas prontamente, podem representar uma oportunidade única para o terapeuta entender, explorar e resolver algumas das dificuldades subjacentes (Safran & Muran, 1996).

Kanninem, Salo & Punnamäki (2000) não encontraram diferenças nos três grupos (autónomo, distanciado e preocupado), nas avaliações iniciais da aliança, mas, quando a aliança foi avaliada do início ao meio e no final da terapia, as diferenças emergiram. As avaliações da aliança muitas vezes mostraram um padrão *high-low-high* (elevada-baixa-elevada) (Kivlighan & Shaughnessy, 2000), e isto aconteceu para o grupo preocupado e seguro. No entanto, tanto a diminuição dos valores da aliança no meio da terapia, bem como o seu incremento na fase final, foram mais acentuados no grupo de pacientes preocupados do que no dos seguros. Os

autores discutiram os resultados em termos da tendência que os pacientes preocupados têm em demonstrar um forte envolvimento emocional em terapia (i.e., são extremos nas reacções negativas, bem como nas positivas). O grupo dos pacientes distanciado demonstrou um padrão de desenvolvimento da aliança diferente: a aliança era estável desde o início até à fase intermédia da terapia, mas diminuía ao longo da fase final da terapia. Especularam que esta diminuição da aliança no final da terapia pode reflectir destituição de importância da relação terapêutica, tendo em vista a proximidade da separação.

Spinhoven et al. (2007) concluíram que diferenças nas características de personalidade do terapeuta e paciente têm um efeito directo no aumento da qualidade da aliança terapêutica, mas não encontraram qualquer relação com a melhoria clínica.

Ao estudar a relação entre os padrões de vinculação de trinta pacientes de psicoterapia em regime de ambulatório e as avaliações da aliança terapêutica e rupturas da aliança em quatro pontos da fase inicial da intervenção, Eames & Roth (2000) descreveram que os terapeutas referiram significativamente mais rupturas com os pacientes com estilo de vinculação preocupado e significativamente menos rupturas com os pacientes com um estilo de vinculação distanciado.

Tanto as conclusões de Kanninem et al. (2000) como as de Eames & Roth (2000) sugerem que a qualidade da aliança poderá sofrer flutuações superiores com os pacientes preocupados e que, deste modo, será neste grupo de pacientes que o trabalho de reparação de rupturas poderá ser superior (Safran et al., 2002).

Se os pacientes com diferentes padrões de vinculação se envolvem de modo diferencial na psicoterapia, também seria de esperar que os padrões de vinculação dos pacientes reivindicassem diferentes comportamentos e/ou atitudes do terapeuta. Considerando que a teoria da vinculação prediz que os indivíduos suscitam comportamentos de resposta nos outros que confirmam os seus modelos de vinculação, os resultados poderiam ser diferentes com terapeutas que tivessem sido treinados para não confirmar as piores expectativas dos pacientes e, em vez disso, respondessem de uma forma emocional correctiva (Daniel, 2006).

Contudo, mesmo terapeutas experientes, tal como outros seres humanos, são susceptíveis de repetir os seus padrões habituais de relação com os outros, no contexto terapêutico, a não ser que sejam capazes de reconhecer as suas expectativas em relações de proximidade e reflectir acerca delas, controlando a sua influência na interacção com os pacientes (Rubino et al., 2000). Assim, existem alguns estudos que procuraram analisar o comportamento do terapeuta em resposta aos padrões de vinculação do paciente.



Hardy, Stiles, Barkham & Startup (1998) distinguiram entre os estilos comunicacionais seguro, distanciado e preocupado do paciente, em dez episódios de terapia psicodinâmica-interpessoal (escolhidos pelos pacientes como sendo particularmente úteis). Os resultados mostraram que os terapeutas estavam mais propensos a responder com interpretação ao estilo distanciado e com reflexão emocional ao estilo preocupado.

Rubino et al. (2000) apresentaram gravações vídeo de actores a representar um episódio de ruptura, tal como seria experienciado por cada um dos quatro estilos de vinculação de Bartholomew (segura, preocupada, distanciada e receosa) e avaliaram o grau de empatia e profundidade da intervenção demonstrada pelos terapeutas (em formação) na sua sugestão de resposta aos episódios de ruptura simulados. Descobriram que os terapeutas responderam com mais empatia e profundidade com os pacientes receosos e preocupados do que com os seguros e distanciados. O grau de ansiedade do terapeuta foi identificado como negativamente relacionado com o grau de empatia para responder aos episódios de ruptura, mostrando que os terapeutas mais ansiosos se podem sentir ameaçados pela ruptura e, consequentemente, falharem em empatizar com o paciente.

Díades compostas por pacientes inseguros e por terapeutas menos seguros foram associadas a taxas mais elevadas de abandono, comparativamente com díades constituídas por pacientes dependentes e terapeutas autónomos, no que se refere aos estilos de vinculação (Pilkonis, Heape & Prioretti, 1991).

Dozier, Cue & Barnet (1994) constataram que os gestores de caso inseguros respondiam com maior profundidade do que os gestores de caso seguros a pacientes que se apresentavam como vulneráveis e dependentes. Os gestores de caso seguros eram mais hábeis a responder às necessidades subjacentes dos seus pacientes e agir de forma não-confirmatória dos modelos internos de trabalho dos seus pacientes.

Estes resultados podem ser discutidos em termos da responsividade do terapeuta, podendo-se argumentar que as suas respostas «no estilo» interpessoal do paciente (complementaridade) facilitariam o estabelecimento da relação terapêutica, mas também que as respostas do terapeuta «fora do estilo» interpessoal do paciente (não-complementaridade) corrigiriam ou desafiariam o padrão inseguro de vinculação do paciente. Acresce ainda que variações nos padrões de resposta do terapeuta face ao estilo interpessoal do paciente, ao longo das diferentes fases da terapia, corresponderiam a uma responsividade óptima do terapeuta às necessidades cambiantes do paciente (Dolan, Arnkoff & Glass, 1993).

Kiesler (1983) defende que, em vez de um padrão de interação normal de afiliação similar e controlo complementar, é desejável um desvio deste padrão em psicoterapia. Acrescenta ainda

que um estilo interpessoal rígido poderá corresponder à psicopatologia do paciente, assim, o funcionamento adaptativo será facilitado por comportamentos interpessoais que frequentemente violem e incitem a repensar o padrão característico de funcionamento do paciente. Este argumento é corroborado por um estudo já antigo de Dietzel & Abeles (1975) no qual as terapias bem sucedidas eram caracterizadas por um desvio ao padrão habitual de afiliação e controlo na fase intermédia da terapia (Dinger, Strack, Leichsenring & Schauenburg, 2007).

Segundo Vasco (2007), a “...responsividade terapêutica consiste na capacidade de modificar a forma e/ou conteúdo da comunicação terapêutica em função do impacto desta no paciente (particularmente no aqui e agora)” (p.9). Assim, a responsividade momento-a-momento, ao longo do processo terapêutico, implica que as intervenções sejam articuladas, de forma flexível e inclusiva, pelas necessidades emergentes do paciente. Tal implica balanceamento entre atitudes de validação das experiências dos pacientes, sem as reforçar, e de desafio das crenças subjacentes, sem as invalidar, ou seja, respeitando a subjectividade de cada paciente. A função validante “...destina-se, mediante a comunicação terapêutica, a ratificar e a promover a aceitação das experiências do paciente em termos da compreensibilidade dos modos como sente, pensa e age e que, podendo, de momento, não estar a ser adaptativos, tiveram e/ou têm uma razão legítima de ser. Só após esta aceitação e compreensão (que já é em si própria uma forma de mudança!) é que se pode promover outros tipos de mudança...” (p.4). É necessário promover uma «base segura», que possibilite ao paciente a exploração e construção de novos significados.

Vasco (2007) afirma ainda que “é em função da articulação das funções validante e desafiante com as cinco categorias de comunicação terapêutica (i.e., colaboração, comunicação emocional, diálogo reflexivo, narrativas coerentes e reparação), respeitando, como guia de tomada de decisão, a conceptualização do paciente e das fases do processo terapêutico, que acredito ser possível estabelecer uma base para ensaiar “novos possíveis” e promover mudanças tendentes à capacidade de melhor regulação da satisfação das necessidades” (p.8).

Contudo, as respostas do terapeuta nunca são simples produtos dos padrões de vinculação dos pacientes, mas reflectem também a posição teórica e personalidade do terapeuta. Assim o padrão de vinculação do próprio terapeuta é também um importante factor a ter em conta no processo psicoterapêutico.

Tal como os padrões de vinculação dos pais predizem a sua capacidade de funcionar como «base segura» para os seus filhos, seria de esperar que os padrões de vinculação dos terapeutas

predissessem a sua capacidade para estabelecer uma aliança de trabalho segura com os pacientes. Em teoria, uma vinculação segura dos terapeutas é preferível, e seria de esperar uma maior frequência de vinculação segura nos terapeutas, do que nos pacientes (Daniel, 2006).

Dunkle & Friedlander (1996) estudaram a relação entre a aliança terapêutica e os padrões de vinculação do terapeuta em setenta e três terapeutas, a trabalhar em contexto universitário. Nos terapeutas, o conforto com a proximidade era positivamente relacionado com as avaliações dos pacientes do laço emocional com os seus terapeutas. Por outro lado, Sauer, Lopez & Gomley (2003) encontraram que a vinculação ansiosa do terapeuta era positivamente relacionada com a avaliação da aliança pelo paciente no início da terapia (i.e., os terapeutas ansiosos empenham-se mais para que o paciente se sinta bem com a relação), contudo, a vinculação ansiosa dos terapeutas traduz-se num efeito negativo na avaliação da aliança pelo paciente ao longo da terapia.

Como ambos os padrões de vinculação, do paciente e do terapeuta, parecem ser preditivos de alguns aspectos do processo terapêutico, é natural que se investigue como é que interagem para produzir efeitos combinados sobre a relação terapêutica.

No estudo anteriormente referido, Rubino et al. (2000), encontraram uma tendência para os terapeutas mais ansiosos não serem empáticos com os pacientes receosos e seguros, comparativamente com os distanciados e preocupados.

Dozier et al. (1994) documentaram que os gestores de caso inseguros intervinham de forma mais aprofundada e percepcionavam maiores necessidades de dependência em pacientes que eram mais hiperactivados comparativamente com os pacientes mais desactivados (o oposto também era verdade para os gestores de caso seguros). Esta constatação tem algumas implicações interessantes no que diz respeito à complementaridade em terapia. Assim, seria esperado que pacientes hiperactivados se apresentassem como mais dependentes e reivindicassem intervenções mais profundas do que os pacientes desactivados e que quanto mais inseguros fossem os «gestores de caso», mais propensos seriam a agir de acordo com esta apresentação imediata do paciente. No entanto, os gestores de caso seguros pareciam adoptar espontaneamente um estilo de intervenção correctiva ou não-complementar aos padrões de vinculação inseguros dos pacientes (Bernier & Dozier, 2002).

As conclusões de Tyrrell, Dozier, Teague & Fallot (1999) vão no mesmo sentido: gestores de caso menos desactivados formaram alianças mais fortes com os pacientes mais desactivados do que com os menos desactivados, indicando que as alianças terapêuticas parecem ser reforçadas quando os padrões de vinculação do paciente e do terapeuta são incidentalmente combinados

de um modo não-complementar. Isto é, interagir com um terapeuta que utiliza estratégias emocionais e interpessoais diferentes das do paciente pode determinar que os modelos internos de trabalho do paciente sejam desconfirmados.

Seria de esperar que pacientes com padrões de vinculação seguros se envolvessem mais facilmente numa relação de trabalho positiva com o terapeuta e, conseqüentemente, tivessem melhores resultados terapêuticos (Daniel, 2006).

Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape & Egan (2001) investigaram a relação entre os padrões de vinculação e os resultados terapêuticos de cento e quarenta pacientes psiquiátricos e encontraram uma relação significativa entre o estilo de vinculação segura e o resultado positivo da intervenção (que corresponde à previsão teórica). Estes resultados são congruentes com os de Saatsi, Hardy & Cahill (2007): os pacientes seguros tiveram, com segurança estatística e clínica, significativamente melhores resultados do que os pacientes inseguros.

Tomando em consideração a relação entre os padrões de vinculação inseguros e as dificuldades interpessoais e psicológicas, torna-se pertinente compreender se a psicoterapia é capaz de mudar os padrões de vinculação do paciente.

A investigação recente suporta que os estilos de vinculação são maleáveis, podem ser modificados no contexto de relações de proximidade (significativas) ou eventos de vida negativos. A mudança pode advir de evidências sustentadas que contradigam os modelos internos de trabalho desenvolvidos precocemente (Shorey & Snyder, 2006).

Num estudo de Fonagy et al. (1996) os autores relatam a mudança no AAI de trinta e cinco do total de oitenta e dois pacientes, afirmando que de todos os trinta e cinco pacientes que eram inseguros na admissão, 40% foram classificados como autônomos na alta (fim da intervenção). Actualmente o AAI, está também a ser empregado como medida de resultados num grande estudo de Transference Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder (Diamond, Stovall-McClough, Clarkin & Levy, 2003) e, até ao momento, os dados sobre padrões de vinculação, no início e após um ano de terapia, foram publicados para dez pacientes e os resultados são bastante complexos: três pacientes mudaram de um padrão inseguro para um padrão seguro; quatro pacientes não mostram muita mudança; três pacientes mudaram de estados classificados como inseguros para estados da categoria não-classificado (o que poderia indicar algum tipo de reorganização em curso, mas é normalmente considerada mais patológica).

Também Travis, Bliwise, Binder & Horne Moyer (2001) estudaram a mudança nos padrões de vinculação, num grupo de 29 pacientes, em que foram todos classificados como inseguros antes da intervenção e houve um aumento significativo no número de pacientes com

vinculação segura e uma diminuição significativa do número de pacientes com vinculação receosa. Sessenta e seis por cento dos pacientes mudaram o estilo de vinculação ao longo da terapia, mas a maioria destes mudaram de um estilo de vinculação insegura para outro. Os pacientes que mudaram para um estilo de vinculação segura (24%) foram identificados como sendo os que exibiram o nível mais baixo de sintomas antes da terapia, mas tiveram a mesma taxa de redução de sintomas durante a terapia que os outros pacientes.

Pelo exposto e de acordo com Chorpita & Barlow (1998), acredito que o estilo de vinculação poderá funcionar como uma ponte conceptual de ligação entre as experiências relacionais precoces e o desenvolvimento de esquemas.

Como já foi referido e, de acordo com Beck, os esquemas são estruturas de triagem, codificação e avaliação de estímulos, ou seja, são a matriz a partir da qual o indivíduo interpreta as suas experiências de forma significativa e congruente com a informação previamente armazenada, gerando expectativas e interpretações para novas experiências. Por este motivo, representam oportunidades para múltiplas intervenções em vários momentos da terapia.

Uma vinculação estável nos primeiros anos de vida é susceptível de promover o desenvolvimento dos esquemas cognitivos, uma vez que facilita a atitude exploratória da criança. É provável que o conceito de esquema, representando diferentes aspectos das relações de vinculação, permita a investigação empírica do componente cognitivo do estilo de vinculação, pois, diferenças individuais na vinculação podem ser conceptualizadas como sendo devidas a diferenças nas crenças que os indivíduos têm acerca do *self* e dos outros (Platts et al., 2002).

Se tomarmos em consideração o conceito de «modelos internos de trabalho» de Bowlby, pode-se hipotetizar que as diferenças individuais no estilo de vinculação remetem para diferenças esquemáticas individuais.

## HIPÓTESES

Como referido anteriormente, Conceição & Vasco (2004) concluíram que um processo semelhante a “*tear and repair*” (ruptura e reparação) acontece tendencialmente na transição da fase 3 para a fase 4. Tendo por base estas conclusões e dentro do mesmo referencial teórico – Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (MCP) – o presente estudo pretende explorar se semelhanças ou complementaridade nas características psicológicas do paciente e do terapeuta dificultam ou impedem o estabelecimento, desenvolvimento e reparação da aliança terapêutica e se associam com resultados terapêuticos pobres. Quando me refiro a semelhanças ou complementaridade nas características psicológicas da díade, entendo que a proximidade em tais características impedirá o terapeuta de adoptar uma postura terapêutica que seja desconfirmadora das experiências precoces disfuncionais do paciente, uma vez que todo o comportamento interpessoal apela a uma resposta interpessoal complementar. Assim, o comportamento do terapeuta tenderá a confirmar e reforçar os esquemas e ciclos interpessoais disfuncionais do paciente, ao não propor uma alternativa relacional mais válida e funcional, que venha desafiar o modelo rígido de funcionamento do paciente.

- Sendo que pacientes com esquemas no domínio Distanciamento e Rejeição têm níveis elevados de perturbação, serão incapazes de estabelecer relações seguras e satisfatórias com os terapeutas com padrões de vinculação mais insegura, não beneficiando da terapia.
  - Quando os pacientes se mantêm em terapia, não há prossecução do trabalho terapêutico de promoção dos objectivos estratégicos relativos às fases do MCP, podendo mesmo assistir-se a um agravamento em termos da sintomatologia.
  - Grande número de pacientes não se mantêm em terapia (elevadas taxas de abandono).
- Apesar de elevados níveis de perturbação, pacientes com esquemas no domínio Distanciamento e Rejeição conseguirão estabelecer relações terapêuticas (alianças positivas) com terapeutas com padrões de vinculação mais seguros (quanto mais seguro o terapeuta for), beneficiando da terapia.
  - Assiste-se a ruptura, seguida de reparação da fase 3 para a fase 4.

## **MÉTODO**

Segundo Hill & Lambert (2004), na investigação em psicoterapia há duas abordagens centrais, a experimental (manipulam-se variáveis independentes em condições controladas, para que os seus efeitos nas variáveis dependentes possam ser medidos e para que possam ser tiradas conclusões das relações causais entre variáveis independentes e dependentes) e a correlacional (utilizada em contextos em que a manipulação e controlo de variáveis é impossível, pouco prático ou não ético, consistindo na medição de associações de variáveis em condições não controladas).

O desenho escolhido será de natureza não experimental (sem verdadeira manipulação de variáveis); de estudo descritivo de campo (com recolha de dados de psicoterapias que ocorrem no seu contexto habitual); de tipo quantitativo, pela natureza das medidas e análises (correlacionais e confirmatórias), para esclarecer as hipóteses propostas; e longitudinal (com vários momentos de medida).

### **PARTICIPANTES**

O procedimento de selecção da amostra não será intencional (amostragem não probabilística), uma vez que a constituição da amostra será regida por critérios de conveniência e disponibilidade dos participantes (díades paciente-terapeuta). Assim, a amostra não será aleatória, nem representativa da população de psicoterapeutas, nem de pacientes portugueses e não irão ser controladas recusas na adesão à participação no estudo.

A recolha de dados irá ser efectuada com participantes a realizar psicoterapia individual, maioritariamente em contexto privado, mas também em centros universitários.

Para os terapeutas, o único critério de exclusão será o não estar a realizar psicoterapias individuais com adultos. Para os pacientes irão ser considerados os seguintes factores como critérios de exclusão: diagnóstico compatível com perturbação psicótica ou perturbação pela utilização de substâncias, escolaridade inferior ao décimo ano e idade inferior a dezoito anos.

Uma vez que na investigação em psicoterapia, usualmente, as amostras são não probabilísticas, o número de participantes a incluir será normalmente ditado pelo número de variáveis a tratar. Assim, o número suficiente de participantes a incluir na amostra, para que os resultados da análise estatística sejam seguros, será aquele que do cruzamento das variáveis resulte em pelo

menos 10 sujeitos em cada cela (número de participantes a dividir pelas categorias do conjunto de variáveis) (Pais-Ribeiro, 2007).

A amostra de conveniência desta investigação deverá compreender um mínimo de 80 pacientes, em que cerca de metade estarão em processo psicoterapêutico individual com terapeutas classificados como seguros e os restantes com terapeutas inseguros, no que respeita ao estilo de vinculação.

## **INSTRUMENTOS**

### **Dados Sócio-Demográficos**

Será um documento a ser preenchido, quer pelo terapeuta quer pelo paciente, para a recolha dos seus dados pessoais de identificação, de modo a caracterizar a amostra a nível mais sócio-demográfico:

<u>Dados do Terapeuta</u>	<u>Dados do paciente</u>
▪ Código de Identificação	▪ Código de Identificação
▪ Data de Nascimento	▪ Data de Nascimento
▪ Sexo	▪ Sexo
▪ Estado civil	▪ Estado civil
▪ Anos de Prática Clínica	▪ Habilitações Literárias
▪ Orientação Teórica	▪ Profissão
▪ Local de Trabalho	
▪ Código de Identificação do(s) Paciente(s)	

### **Attachment Style Interview (ASI)**

O estilo de vinculação dos terapeutas será avaliado através da Attachment Style Interview (ASI; Bifulco et. al., 2004) que é uma entrevista semi-estruturada relativa a 8 dimensões: Desconfiança, Constrangimentos atitudinais à proximidade, Medo da intimidade, Individualismo, Desejo de envolvimento/emaranhamento, Falta de tolerância à separação, Raiva/hostilidade nas relações e Capacidade para iniciar e manter relações.

A avaliação será efectuada pelo entrevistador, com base numa gravação áudio das respostas do terapeuta, cotando-se as dimensões acima referidas numa escala de tipo Likert, que varia desde “Marcadamente”, “Moderadamente”, “Alguma” a “Pouca/Nenhuma”, à excepção das escalas de Individualismo e de Desejo de envolvimento/emaranhamento, que cotam em “Alto”, “Moderado”, “Baixo” e “Resposta Contraditória”.



O estilo de vinculação resultante será classificado de dois modos distintos: 1) a segurança do estilo de vinculação, que permite a classificação em estilo de vinculação padronizado e não padronizado, traduzindo respectivamente vinculação segura e vinculação insegura; 2) o tipo de estratégias de vinculação, que permite a classificação do estilo de vinculação em emaranhado, desligado, amedrontado e retraído. No presente estudo, a vinculação do terapeuta apenas será classificada tendo em conta a primeira dimensão (vinculação segura vs vinculação insegura).

Os estudos psicométricos realizados com a versão portuguesa da ASI demonstraram bons índices de fidelidade inter-observadores e boa estabilidade na avaliação teste-reteste. Com efeito, os níveis de concordância entre observadores variam entre .81 e 1 e as correlações entre as administrações da ASI variam entre .67 e .90 (Bifulco et al., 2004).

### **Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)**

O Inventário da Aliança Terapêutica é a versão portuguesa do Working Alliance Inventory (WAI, Horvath 1981, 1982, citados em Machado & Horvath, 1999; Horvath & Greenberg, 1989). É constituído por 36 itens destinados a avaliar a qualidade da aliança terapêutica, baseados na conceptualização tripartida que Bordin (1979) faz da aliança de trabalho, representados nas 3 sub-escalas que compõem o inventário: 1) acordo nas tarefas (relevância e a eficácia das tarefas terapêuticas); 2) acordo nos objectivos (grau em que terapeuta e paciente colaboram para a obtenção de determinados objectivos que ambos partilham); 3) desenvolvimento da relação (qualidade positiva da relação entre o terapeuta e o paciente). Cada subescala contém 12 itens, cotados numa escala de tipo Likert de 7 pontos (de “Sempre” a “Nunca”), de acordo com a frequência de pensamentos e sentimentos acerca da relação terapêutica. Este inventário pode ser administrado a pacientes de psicoterapia e aos seus terapeutas, independentemente da orientação terapêutica.

A versão portuguesa do WAI apresenta adequados índices de fiabilidade e consistência interna, com alfa de Cronbach de .95 para a escala total, .93 para a tarefa, .87 para a relação e .80 para os objectivos (Machado & Horvath, 1999).

À versão portuguesa da WAI de Machado & Horvath (1999) serão, no presente estudo, adicionados 12 itens, 7 de perturbação e 5 de mudança (e.g., “Concordo com o meu terapeuta sobre a contribuição relativa do passado e/ou presente para os meus problemas actuais”; “Não estou satisfeito com o grau de esforço que eu tenho que fazer a fim de melhorar”), para caracterizar um quarto componente da aliança terapêutica proposto por Conceição & Vasco (2004) - acordo na representação do problema. Consideram que para a colaboração terapêutica é também fundamental este quarto componente, que se traduz no acordo entre paciente e

terapeuta, relativamente à "teoria da perturbação" e "teoria da adaptação" (i.e., componente descritivo e compreensivo) e à "teoria da intervenção" (i.e., elemento prescritivo) (Vasco, 2005a).

### **Inventário de Promoção de Objectivos Estratégicos (IPOE-CP)**

O Inventário de Promoção de Objectivos Estratégicos (IPOE-CP; Conceição, Vasco, Medina, Nave & Moleiro, 2004 [versão experimental], citados em Conceição, 2005) é a terceira versão de um instrumento, ainda em fase experimental, desenvolvido por Vasco & Conceição desde 2000 (e.g., Vasco & Conceição, 2003).

Esta medida começou a ser desenvolvida a partir de discussões teóricas e clínicas e de uma análise de conteúdo, com base na literatura sobre integração em psicoterapia. De acordo com o Metamodelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2001) são propostas sete categorias de objectivos estratégicos (relativos às sete fases do processo psicoterapêutico).

Nesta terceira versão, os itens continuaram a ser escritos numa terminologia neutra, de forma a capturar factores ou processos comuns que estão subjacentes a muitas formas de psicoterapia, evitando itens que lidam com uma técnica terapêutica explícita, e são formulados em termos de sentimentos, pensamentos, comportamentos e atitudes intrapsíquicas ou interpessoais.

A primeira edição da terceira versão resultou num inventário de 64 itens que avalia os objectivos estratégicos promovidos pelo terapeuta numa sessão, com uma escala ordinal de 7 pontos (de 1 = "Nada descritivo" a 7 = "Totalmente descritivo"). O terapeuta responde em que medida os itens descrevem o processamento que procurou promover no seu paciente (e.g., "Procurei que o paciente compreendesse melhor como é que ele próprio contribui para as suas dificuldades").

A consistência interna do instrumento é indicada pelo coeficiente alfa de Cronbach e por correlações item-total. Foram encontrados elevados níveis de consistência interna das subescalas, com excepção do da fase 2 (.92, .55, .75, .87, .85, .88 e .81, respectivamente) (Conceição, Medina, Nave, Vasco & Moleiro, 2005).

As correlações item-total relativamente a cada subescala apontavam também para a necessidade de rever, editar, substituir ou eliminar alguns itens de fases, independentemente dos bons índices de consistência interna. Por isso mesmo, os autores propuseram alterações para os itens da fase 2 e da fase 3. Foram então obtidos elevados níveis de consistência interna das subescalas (.88, .85, .79, .83, .81, .85 e .79, respectivamente), chegou-se assim à última edição da terceira versão do IPOE-CP.

### Índice de Fase Predominante (FP)

Este índice foi construído com base na promoção de objectivos estratégicos e indica uma estimativa relativa à fase predominante em que o processo se encontra (Conceição, 2005). A Variável Fase Predominante Empiricamente Derivada (FPE) foi construída com base nos valores das subescalas do IPOE, nomeando as subescalas com valores mais elevados como fases candidatas a ocupar o lugar de fase predominante. Assim, à fase cuja média dos itens da subescala de promoção dos objectivos estratégicos for a mais elevada acrescentar-se-ão aquelas que mantenham também valores elevados, que se situem no intervalo até 0.5 pontos abaixo do valor mais elevado. Nos casos em que concorrerem mais de três fases ao mesmo tempo para o lugar de fase predominante, serão codificadas como indiferenciadas, assumindo-se que o terapeuta não está a ser consistente relativamente ao trabalho de promoção de objectivos estratégicos. Quando existirem duas ou três fases candidatas, escolher-se-á objectivamente a mais elevada (nem que seja por uma décima) e nos casos em que existir apenas uma candidata, essa ganhará o estatuto de fase predominante.

### **Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos (IAOE-CP)**

As capacidades estruturais dos pacientes resultantes da assimilação dos objectivos estratégicos avaliar-se-ão através de um questionário de auto-avaliação com 28 itens, em que o terapeuta responde, numa escala de Likert de 7 pontos (de 1 = “Nada descritivo” a 7 = “Totalmente descritivo”), em que medida sente que os itens descrevem aquilo que o paciente está capaz de processar (e.g., “Nesta fase da psicoterapia considero que o meu paciente está capaz de perceber o modo como se relaciona com os outros”).

Capturar-se-ão as conquistas alcançadas, depois de se ter trabalhado predominantemente em cada uma das fases, através dos itens do IAOE, construídos com base no componente sequencial de sete fases, do Metamodelo de Complementaridade Paradigmática.

Para este inventário, os dados revelaram elevados índices de consistência interna das subescalas (.85, .85, .84, .92, .93 e .82, respectivamente) e também para a escala global IAOE-CP (.94) (Conceição, 2005).

### **Questionário de Esquemas de Young (QEY)**

O Questionário de Esquemas de Young (SQY; Young & Brown, 1990) é um instrumento de auto-resposta que procura medir o grau em que o indivíduo endossa as afirmações que traduzem esquemas precoces, de acordo com o expresso por Young (1990).

Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo & Cunha (2006) usaram a versão de 123 itens (Young, 1990), agrupados em 15 esquemas. Para indicar o seu grau de concordância com a afirmação de cada item, o indivíduo utiliza uma escala de tipo Likert, de 6 pontos e o QEY está construído de forma que quanto mais alta é a pontuação obtida, maior será o nível de disfuncionalidade dos esquemas.

No estudo de aferição para a população portuguesa, este questionário mostrou possuir uma boa consistência interna (alfa de Cronbach = ,96) e boa estabilidade teste-reteste (após quatro semanas), estabilidade temporal ( $r = ,93$ ). O estudo da estrutura factorial da versão portuguesa do QEY mostrou que 14 factores explicaram 49,67% da variância total, o que revela uma compreensível validade factorial (Pinto-Gouveia, Robalo, Cunha, & Fonseca, 1997). Todas, excepto uma das 14 subescalas, mostraram uma boa concordância com os Esquemas Precoces como Young os definiu. Por isso, apenas 13 subescalas foram utilizadas neste estudo de Pinto-Gouveia et al. (2006), para avaliar os seguintes esquemas: Privação Emocional, Culpa/Fracasso, Indesejabilidade Social/Defeito, Desconfiança/Abuso, Padrões Rígidos, Medo de Perder o Auto-Controlo, Dependência, Isolamento Social, Limites Deteriorados, Abandono, Vulnerabilidade, Subjugação/Falta de Individualização e de Vergonha. Os coeficientes alfa de Cronbach para os 13 Esquemas Precoces variaram de .71 a .95 (excepto para a Vulnerabilidade = .67), no grupo de pacientes com fobia social, e de .70 a .94 (excepto para a Vulnerabilidade = .59), no grupo de pacientes com outras perturbações de ansiedade).

### **Symptom Checklist-Revised-90 (SCL-90-R)**

O grau de perturbação será avaliado pelo Symptom Checklist-Revised-90 (SCL-90-R; Derogatis, 1994), na sua versão traduzida e adaptada para a população portuguesa (Baptista, 1993).

É um questionário de auto-resposta, de natureza multidimensional, que pretende fazer uma avaliação mais direccionada para os padrões de sintomatologia clínica e apresenta uma boa consistência interna (Derogatis, 1994). O SCL-90-R é particularmente útil para observar a evolução do paciente ou para objectivos de triagem no contexto clínico ou como medida para a avaliação dos resultados, devido à sua sensibilidade aos diferentes tipos de intervenção terapêutica e à sua capacidade de medir variações significativas nos níveis de mal-estar psicológico e de perturbação.

As respostas aos itens são cotadas a partir de uma escala de Likert de 5 pontos, variando de 0 (“Nunca”) a 4 (“Extremamente”).

Os itens deste questionário estão organizados em 9 dimensões primárias: Somatização (12 itens); Obsessão-Compulsão (10 itens); Sensibilidade Interpessoal (9 itens); Depressão (13 itens); Ansiedade (10 itens); Hostilidade (6 itens); Ansiedade Fóbica (7 itens); Ideação Paranóide (6 itens) e Psicoticismo (10 itens). Para além dos itens incluídos nas escalas acima referidas, existem sete itens adicionais com significância clínica, que não se incluem em nenhuma das dimensões primárias, mas que são tidos em conta no cálculo dos índices globais e podem ajudar a definir o perfil do sujeito.

Os resultados finais são agrupados em 3 índices: Índice de Severidade Global (ISG), que mede o nível de profundidade da perturbação (combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade); Total de Sintomas Positivos (TSP), que é o número total de respostas cotadas com valor igual ou superior a 1 (reflete o número de sintomas presentes); e Nível de Perturbação por Sintomas Positivos (NPSP), que representa a intensidade dos sintomas (medida da intensidade ajustada para os sintomas presentes). Níveis muito altos indicam elevados níveis de sintomatologia e perturbação.

O valor de corte neste instrumento foi definido por Baptista (1993), na sua adaptação da escala, e é de 1.2311, referente ao ISG (Índice de Severidade Global).

Quanto às características psicométricas, o SCL-90-R apresentou níveis de consistência interna avaliados pelo alfa de Cronbach, que variam entre .84 (Sensibilidade Interpessoal) e .90 (Depressão). A estabilidade temporal avaliada pelo método teste-reteste, num intervalo de 1 semana, apresentou valores de correlação que variam entre .78 (Hostilidade) e .90 (Ansiedade) (Derogatis & Lazarus, 1994).

## **PROCEDIMENTOS**

Serão contactados e convidados a participar neste estudo psicoterapeutas que exerçam a sua prática de psicoterapia individual maioritariamente em contexto de clínica privada, mas também em alguns centros universitários (nestes casos será necessária autorização institucional para a realização do estudo).

Concedida essa autorização formal, será necessário obter a colaboração do terapeuta (depois de explicitado o âmbito do presente estudo) e, posteriormente, a autorização do paciente (declarações de consentimento informado). A selecção dos terapeutas irá ser feita consoante a disponibilidade de cada um em participar no esquema de investigação. Os terapeutas deverão ter pacientes de idade mínima de dezoito anos, e cada terapeuta poderá participar no estudo

com mais do que um paciente, referente ao qual lhe vai ser pedido que o classifique em Eixo I ou Eixo II, segundo a classificação diagnóstica do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

Será assegurada a confidencialidade das respostas, pois em todos os instrumentos será pedido a cada participante que indique um mesmo código e os entregue ao experimentador em envelope fechado, depois de terem respondido aos questionários relativos a cada momento de recolha de dados.

Serão entregues ao terapeuta dois cadernos (Caderno do Terapeuta e Caderno do Paciente) com todos os instrumentos de recolha de informação e explicitado o procedimento a seguir ao longo da terapia.

O Caderno do Terapeuta conterá cinco pastas com diferentes instrumentos de medida para serem respondidos em diferentes momentos da terapia (com as respectivas indicações de preenchimento):

#### **Início**

- Dados Sócio-Demográficos
- Attachment Style Interview (ASI)

#### **Quarta sessão**

- Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)
- Inventário de Promoção de Objectivos Estratégicos (IPOE-CP)

#### **Oitava sessão**

- Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)
- Inventário de Promoção de Objectivos Estratégicos (IPOE-CP)
- Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos (IAOE-CP)

#### **Décima quarta sessão**

- Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)
- Inventário de Promoção de Objectivos Estratégicos (IPOE-CP)
- Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos (IAOE-CP)

#### **Vigésima primeira sessão**

- Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)
- Inventário de Promoção de Objectivos Estratégicos (IPOE-CP)
- Inventário de Assimilação de Objectivos Estratégicos (IAOE-CP)

O Caderno do Paciente conterá seis pastas com diferentes instrumentos de medida para serem respondidos em diferentes momentos da terapia (com as respectivas indicações de preenchimento):

**Início**

- Dados Sócio-Demográficos
- Questionário de Esquemas de Young (QEY)
- Symptom Checklist-Revised-90 (SCL-90-R)

**Quarta sessão**

- Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)

**Oitava sessão**

- Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)
- Symptom Checklist-Revised-90 (SCL-90-R)

**Décima quarta sessão**

- Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)

**Vigésima primeira sessão**

- Inventário da Aliança Terapêutica (WAI)

**Fim da terapia**

- Symptom Checklist-Revised-90 (SCL-90-R)
- Questionário de Esquemas de Young (QEY)

A constituição da amostra estará concluída quando se conseguirem constituir cerca de 80 díades pacientes-terapeuta (aproximadamente metade constituída por pacientes com esquemas no domínio Distanciamento e Rejeição e terapeutas com estilo de vinculação insegura e outra metade por pacientes com esquemas no domínio Distanciamento e Rejeição e por terapeutas com estilo de vinculação seguro).

## DISCUSSÃO

Se os resultados confirmarem as hipóteses formuladas, poder-se-á concluir que semelhanças ou complementaridade nas características psicológicas do paciente e do terapeuta dificultam ou impedem o estabelecimento, desenvolvimento e reparação da aliança terapêutica, associando-se a resultados terapêuticos mais pobres.

Tais resultados corroborariam as investigações que mostram que a interação mútua de características do paciente e do terapeuta resultantes em padrões de semelhança dificultam ou impedem a capacidade do terapeuta compreender as suas próprias reacções emocionais e de gerir adequadamente a relação terapêutica (e.g., Berry & Sipps, 1991).

A este propósito, Kiesler (1983) também defende que, em vez de um padrão de interação normal de afiliação similar e controlo complementar, é desejável um desvio deste padrão em psicoterapia. Acrescenta ainda que um estilo interpessoal rígido poderá corresponder à perturbação do paciente, assim, o funcionamento adaptativo será facilitado por comportamentos interpessoais que frequentemente violem e incitem a repensar o padrão característico de funcionamento do paciente. Este argumento é consonante com um estudo já antigo de Dietzel & Abeles (1975) no qual as terapias bem sucedidas eram caracterizadas por um desvio ao padrão habitual de afiliação e controlo na fase intermédia da terapia (Dinger et al., 2007).

Relativamente à qualidade da aliança, encontrou-se que, quando avaliada negativamente pelos terapeutas na fase inicial da terapia, é preditiva de desistência do paciente, enquanto que o crescimento da aliança terapêutica, avaliado pelos pacientes na fase inicial da terapia, parece predizer a subsequente redução sintomática (Spinhoven et al., 2007).

Então, de acordo com as previsões, os pacientes com esquemas no domínio Distanciamento e Rejeição, que têm elevados níveis de perturbação, seriam incapazes de estabelecer relações seguras e satisfatórias com os terapeutas com padrões de vinculação mais insegura, não beneficiando com a terapia.

Bernier & Dozier (2002) comprovaram que os terapeutas mais inseguros reagiam tendencialmente mais de acordo com a apresentação imediata do paciente (i.e., respostas complementares aos padrões de vinculação do paciente), sendo incapazes de desafiar os modelos disfuncionais de relacionamento interpessoal do paciente, o que se traduziria em resultados terapêuticos mais pobres.



Satterfield & Lyddon (1995) concluíram que as dificuldades do paciente em depender dos outros e confiar neles afectam o estabelecimento da relação com o terapeuta, além disso, Mallinckrodt et al. (1995) mostraram que, nos pacientes com medo de abandono e rejeição nas relações próximas, a avaliação da qualidade da aliança era mais baixa.

Díades compostas por pacientes inseguros e por terapeutas menos seguros foram associadas a taxas mais elevadas de abandono, comparativamente com díades constituídas por pacientes dependentes e terapeutas autónomos, no que se refere aos estilos de vinculação (Pilkonis et al., 1991).

Evidências sugerem que a aliança é particularmente preditiva de resultados, quando medida nas fases iniciais da terapia (3º a 5ª sessão) (Bachelor & Horvath, 1999). Para além disso, a qualidade da aliança inicialmente pobre é preditiva de desistência do paciente (Spinhoven et al., 2007).

Deste modo, também de acordo com as previsões, pacientes com esquemas no domínio Distanciamento e Rejeição conseguirão estabelecer alianças positivas com terapeutas com padrões de vinculação segura, apesar dos elevados níveis de perturbação. Assistir-se-á a ruptura seguida de reparação da fase 3 para a fase 4 do MCP. Tal poderá encontrar justificação se, como Bowlby (1988, citado por Bernier & Dozier, 2002), entendermos que a maior tarefa do terapeuta é ajudar os pacientes a reorganizar e modificar os seus modelos internos de trabalho inseguros ou padrões relacionais disfuncionais. Cabe ao terapeuta desafiar as crenças do paciente relativas às relações interpessoais, através da adopção de uma postura flexível, que esteja em contraste (i.e., não-complementar) com as expectativas rígidas do paciente. Um dos factores facilitadores de respostas não-complementares do terapeuta ao paciente é ter um estilo de vinculação segura. Bernier & Dozier (2002) comprovaram que os gestores de caso seguros pareciam adoptar espontaneamente um estilo de intervenção correctiva ou não-complementar aos padrões de vinculação inseguros dos pacientes, sendo mais hábeis que os terapeutas inseguros em responder às necessidades subjacentes dos seus pacientes e menos vulneráveis às reacções de contratransferência (Dozier et al., 1994).

Quanto à qualidade da aliança, Tyrell, Dozier, Teague & Fallot (1999) descobriram que os terapeutas cujo estilo de vinculação era diferente do do paciente prognosticavam melhores alianças de trabalho e um melhor funcionamento. Mallinckrodt, Potter & Kivlighan (2005), encontraram associações fortemente positivas entre a vinculação segura ao terapeuta e a aliança terapêutica. Num estudo de Strauss et al. (2006), alianças iniciais mais fortes e episódios de ruptura (oportunidade para experiências correctivas e facilitação da mudança), seguida de

reparação, foram preditores de melhorias mais significativas nos sintomas de perturbação de personalidade e de depressão. Dentro do referencial teórico (MCP) em que se insere o presente estudo, Conceição & Vasco (2004), ao caracterizar o desenvolvimento da aliança ao longo da sequência temporal de fases traduzidas em objectivos estratégicos, concluíram que um processo semelhante a “*tear and repair*” (ruptura e reparação) acontece tendencialmente na transição da fase 3 para a fase 4.

As rupturas podem ser informativas acerca das expectativas relacionais dos pacientes e, se detectadas prontamente, podem representar uma oportunidade única para o terapeuta entender, explorar e resolver algumas das dificuldades subjacentes (Safran & Muran, 1996).

Também outros investigadores constataram que a dissemelhança entre paciente e terapeuta, relativa à vinculação e à intimidade, se relaciona com melhores resultados terapêuticos (e.g., Arizmendi, Beutler, Shanfield, Crago, & Hagaman, 1985).

Então, interagir com um terapeuta que utiliza estratégias emocionais e interpessoais diferentes das do paciente poderá determinar que os modelos internos de trabalho do paciente sejam desconfirmados.

Se os resultados deste estudo não confirmarem as hipóteses formuladas, tal poderá ser explicado à luz do que algumas investigações têm sugerido relativamente às respostas complementares serem optimais (e.g., Kiesler & Watkins, 1989) ou até respostas não-complementares poderem deteriorar a relação terapêutica (Tasca & McMullen, 1992).

Hardy et al. (1999) e Rubino et al. (2000) analisaram o comportamento do terapeuta em resposta aos padrões de vinculação do paciente, em termos da responsividade óptima do terapeuta (correspondência ao estilo interpessoal do paciente) e encontraram efeitos significativos dos padrões de vinculação do paciente no comportamento do terapeuta, principalmente, respostas dos terapeutas «no estilo» do paciente (e.g., os terapeutas responderam mais emocionalmente aos pacientes ansiosos e preocupados e de forma mais cognitiva ou distante aos pacientes evitantes ou distanciados). Também outros estudos têm confirmado que a semelhança nas características de personalidade aumenta a vinculação e participação na terapia e, conseqüentemente, promove os resultados (e.g., Herman, 1998) e que semelhanças nas atitudes, crenças, valores pessoais, estilos de *coping* do paciente e terapeuta

têm sido associadas com resultados terapêuticos positivos (e.g., Beutler, Crago & Arizmendi, 1986; Nelson & Neufeldt, 1996).

Kiesler & Watkins (1989), reportando-se à fase inicial da terapia, encontraram associações positivas entre a complementaridade interpessoal do paciente e do terapeuta e a percepção da qualidade da aliança, quer pelo terapeuta, quer pelo paciente. Tasca & McMullen (1992) concluíram que a complementaridade interpessoal sofre flutuações ao longo da terapia e que as interações complementares proporcionam a manutenção das relações, pois, assume-se que são reforçadoras da segurança e dos actuais padrões de interacção.

Assim, as interações não-complementares serão encaradas como uma ameaça para a segurança e geradoras de ansiedade.

## CONCLUSÃO

Indiscutivelmente, todos estão de acordo com a necessidade de, em terapia, promover uma «base segura», que possibilite ao paciente a exploração e construção de novos significados, mais adaptativos e funcionais face às actuais exigências. Quando falo em «base segura» entendo que tal só é possível se a atitude do terapeuta for de validação da experiência emocional e das dificuldades do paciente (sem as reforçar), possibilitando o desafio à exploração de alternativas. Podemos pois pensar que a validação responde à necessidade de segurança e de vinculação e o desafio como estímulo à curiosidade e exploração de novos possíveis.

Evidências empíricas dos resultados da terapia assinalam a importância da centralidade das relações interpessoais em terapia (Bergin & Garfield, 1994), o que inclui a interacção entre as características do paciente e do terapeuta.

A teoria da vinculação representa um referencial importante para pensar acerca do desenvolvimento e manutenção da aliança terapêutica e da resolução de conflitos no seio da relação terapêutica (Rubino et al., 2000). Destaco ainda, como Orlinsky et al. (2004) que o estabelecimento, desenvolvimento, monitorização e reparação da aliança terapêutica são a questão central da intervenção nas perturbações de personalidade, constituem o «mecanismo fundamental de cura», ou seja, nestes casos, a aliança é a essência da psicoterapia. Releva daí a necessidade de a monitorizar ao longo do processo terapêutico, ajustando as intervenções de modo responsivo às necessidades cambiantes do paciente.

Shorey & Snyder (2006) concluem que a compreensão da teoria da vinculação facilita a conceptualização dos problemas dos pacientes e a selecção das intervenções apropriadas, considerando que as perturbações de personalidade podem ser concebidas como perturbações da vinculação. Também Platts et al. (2002) afirmam que o conhecimento do estilo de vinculação poderá ajudar a elucidar a etiologia das perturbações psicológicas e fornecer entendimento do processo de mudança em psicoterapia.

De um modo geral, poderíamos então dizer que a teoria da vinculação prediz que as pessoas suscitam respostas nos outros que confirmam os seus modelos de vinculação. Assim, os terapeutas auto-conscientes e treinados a não confirmar as piores expectativas do paciente face às relações interpessoais, emitiriam respostas emocionais correctivas. Daí decorre a

necessidade da revisão da literatura relativa à vinculação, para facilitar o entendimento dos terapeutas no que respeita aos seus próprios estilos de vinculação, e do modo como estes influenciam as suas escolhas e atitudes terapêuticas. Dado que os estilos de vinculação do terapeuta influenciam a percepção e interação com os seus pacientes, este entendimento poderá facilitar a emissão de respostas alternativas que desafiem o modo habitual de funcionamento interpessoal (disfuncional) do paciente (Dozier et al., 1994).

Haverá também benefícios terapêuticos em estar consciente dos esquemas dos pacientes, já que modelam as relações interpessoais e evocam nas outras pessoas respostas consistentes com o seu conteúdo. Portanto, a relação terapêutica poderá ser crucial tanto para avaliar os esquemas, como para desafiar os esquemas nucleares. Avaliar os esquemas engajará o paciente, facilitará a integração de afectos e eventos precoces e actuais, e proporcionará a exploração sistemática e o desafio de crenças e suposições. Promoverá ainda a responsividade do terapeuta, ao informar relativamente às respostas adequadas a cada paciente em determinado momento. E pelo que se sabe, as trocas não-complementares serão benéficas para determinados pacientes, quando facultadas por alguns terapeutas, em certas circunstâncias (Bernier & Dozier, 2002).

Chorpita & Barlow (1998) avançam que o estilo de vinculação poderá funcionar como uma ponte conceptual de ligação entre as experiências relacionais precoces e o desenvolvimento de esquemas, durante a infância, como resultado das interações com outros significativos, que irão ditar a maneira como nos relacionamos connosco mesmo e com os outros ao longo da nossa vida.

As inúmeras metodologias reflectem o facto de a teoria esquemática não ser uma teoria individual unificada, mas antes um referencial teórico com potencial heurístico para conceptualizar problemas dos pacientes e planear estratégias terapêuticas (Platts et al., 2002).

Apesar do conceito de esquemas ser fundamental, como procurei enfatizar, para a compreensão dos problemas humanos e do processo de mudança terapêutica, relativamente pouca investigação empírica tem estudado os esquemas na população clínica.

Procurei contribuir para a clarificação do conceito de esquema, em contexto terapêutico, aproximando-o ao estilo de vinculação, porque, como se sabe, os esquemas envolvendo as cognições centrais relativas ao *self* e ao comportamento que esperamos dos outros é provável que estejam intimamente relacionados com o estilo de vinculação.

Platts et al. (2002), concluem que há alguns estudos preliminares que demonstram associações consistentes entre o estilo de vinculação e determinados tipos de esquema, contudo, novos

estudos neste âmbito terão de ser desenvolvidos para clarificar as conclusões, pois os esquemas podem representar um meio privilegiado de exploração dos diferentes tipos de vinculação, e da forma como diferentes terapeutas e pacientes interagem em contexto terapêutico, esclarecendo relativamente às abordagens mais sensíveis a determinado paciente em determinado momento.

Se tivesse de sintetizar, numa curta frase, o essencial deste estudo, diria que o sucesso de qualquer terapia poderá estar na mestria com que se transformam os significados que os pacientes foram agregando às suas dificuldades noutros mais funcionais e adaptativos.

## REFERÊNCIAS

- Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171–185.
- Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33.
- Arizmendi, T., Beutler, L., Shanfield, S., Crago, M., & Hagaman, R. (1985). Client-therapist value similarity and psychotherapy outcome: A microscopic analysis. *Psychotherapy*, 22(1), 16–21.
- Arnkoff, D.B. (2000). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 56(2), 187–200.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp.133–178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baptista, A. (1993). *A Génese da Perturbação de Pânico. A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e a adolescência*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts clients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027–1032.
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp.1-25). New York: The Guilford Press
- Beck, A., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Benjamin, L.S., & Karpiak, C.P. (2000). Personality disorders. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 423-438). Oxford, UK: Oxford University Press
- Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. NewYork: JohnWiley & Sons.
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 32–43.
- Berry, W.G., & Sipps, G.J. (1991). Interactive effects of counselor-client similarity and client self-esteem on termination type and number of sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 120–125.
- Beutler, L.E., Crago, M., & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S.L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257–310). New York: Wiley.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227–306). New York: Wiley.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L., Hayes, S., Muzik, M., Gatigny-Dally, E., Valoriani, V., Kammerer, M., Henshaw, C., & the TCS-PND Group (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, 184(Suppl. 46), 31-37.

- Bond, M.B., Banon, E., & Grenier, M. (1998). Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patient with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(4), 301-318.
- Bordin, E.S. (1979). The Generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Bowlby, J. (1969/1971). *Attachment and loss: Vol. 1: Attachment*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1973/1975). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. Harmondsworth: Penguin Books and The Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3: Loss: sadness and depression*. London: The Hogarth Press.
- Bridges, L.J., Connell, J.P., & Belsky, J. (1988). Similarities and differences in infant-mother and infant-father interaction in the strange situation: a component process analysis. *Developmental Psychology*, 24(1), 92-100.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afetivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006a). The task force on empirically based principles of change. In L.G. Castonguay, & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 3-10). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006b). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In L.G. Castonguay, & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-369). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L.G., Constantino, M.J., & Holtforth, M.G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 271-279.
- Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikins, D., Constantino, M. J., Laurenceau, J. P., Bologh, L., & Burns, D.D. (2004). Integrative cognitive therapy: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 4-20.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Chisholm, J. (1996). The evolutionary ecology of attachment organization. *Human Nature*, 7, 1-38
- Chorpita, B.E., & Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.
- Clarkin, J.F., & Levy, K.N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M.J. Lambert, (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 194 - 226). New York: Wiley.
- Collins, N.L., & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Conceição, N.M.. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objectivos estratégicos: Marcadores para a sequencialização temporal do processo psicoterapêutico*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Conceição, N., Medina, A., Nave, A.C., Vasco, A.B., & Moleiro, C. (Março, 2005). *Instrumentos de avaliação do processo terapêutico no Modelo de Complementaridade Paradigmática: Resultados preliminares*. Poster apresentado no "4º Encontro de Psicologia: A construção da Saúde no séc. XXI, Lisboa, Portugal.
- Conceição, N., & Vasco, A.B. (Junho, 2004). *Is it time for another time? Alliance Development according to sequence of strategic objectives*. Comunicação apresentada no 35º Annual Meeting da Society for Psychotherapy Research, Roma, Itália.



- Cunha, M. (1996). *A visão de si mesmo e dos outros na ansiedade social*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Daniel, S.I. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 968-984.
- Davidson, K.M. (2006). Cognitive formulation in personality disorder. In N. Tarrier (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex clinical cases* (216-237). Routledge: London.
- Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L.R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory and matching rating scales. In M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 217-248). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J., & Levy, K. (2003). Patient–therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 227–259.
- Dietzel, C.S., & Abeles, N. (1975). Client-therapist complementarity and therapeutic outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 264-272.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2007). Influences of therapists' and patients' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(2), 148-159.
- Dolan, R.T., Arnkoff, D.B., & Glass, C.R. (1993). Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(3), 408–412.
- Dozier, M., Cue, K., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793-800.
- Dunkle, J.H., & Friedlander, M.L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456–460.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421–434.
- Feeney, J.A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 281-291.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22–31.
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1971). Five lectures on psycho-analysis (1910). Fifth lecture. Transference and resistance. *Abstracts of the Standard Edition of Freud*, 69-70. [Report]
- Gelso, C.J., & Carter, J.A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306.
- Gelso, G.J., & Hayes, J.A. (1998). Transference and its many faces: The unrealistic relationship in psychotherapy. In G.J. Gelso, & J.A. Hayes, *The psychotherapy relationship: Theory, Research and Practice* (pp. 47-79). Wiley: New York.

- Goldfried, M.R., Pachankis, J.E., & Bell, A.C. (2005). A history of psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press: New York.
- Goldfried, M.R., & Wolfe, B.E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 143-150.
- Gonçalves, I.C., & Vasco, A.B. (2001). Estudo de uma “perturbação borderline de personalidade” à luz do modelo de “complementaridade paradigmática”. *Psicologia*, XI(2), 227-266.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19.
- Hardy, G.E., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S., & Shapiro, D.A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 36–53.
- Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M., & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 304–312.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Herman, S.M. (1998). The relationship between therapist– client modality similarity and psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 56–64.
- Hill, C.C., & Lambert, M.J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcomes. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Hilsenroth, M.J., Peters, E.J., & Ackerman, S.J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 332-344.
- Horvath, A.O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 56(2), 163-173.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). Oxford, UK: Oxford University Press
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of working alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Kanninen, K., Salo, J., & Punamäki, R.L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research*, 10(4), 435–449.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review Psychology*, 3, 1-27.
- Kiesler, D.J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Kiesler, D.J., & Watkins, L.M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 183–194.

- Kivlighan, D.M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362-371.
- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Santiago, N.J., Vivuan, D., Vocisano, C., Castonguay, L.G., Arnow, B., Blalock, J.A., Manber, R., Markowitz, J.C., Riso, L.P., Rothbaum, B., McCullough, J.P., Thase, M.E., Borian, F.E., Miller, I.W., & Keller, M.B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 997-1006.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-36). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Garfield, S.L., & Bergin, A.E. (2004). Overview, trends, and future directions. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 805-821). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.139-193). New York: Wiley.
- Machado, P.P., & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica: versão portuguesa do working alliance inventory. In M.R. Simões, L.S. Almeida, & M. Gonçalves (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. 2) (pp. 87-94). Braga: SHO.
- Mallinckrodt, B., Coble, H.M., & Gantt, D.L. (1995). Working alliance, attachment memories and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 79-84.
- Mallinckrodt, B., Porter, M.J., & Kivlighan, D.M. (1995). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 85-100.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 438-450.
- Meyer, B., Pilkonis, P.A., Proietti, J.M., Heape, C.L., & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 371-389.
- McGinn, L.K., & Young, J. E. Schema-Focused Therapy (1996). In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive therapy* (pp.182-207). New York: The Guilford Press.
- Moreira, P., Gonçalves, G., & Beutler, L.E. (2005). *Métodos de selecção de tratamento – o melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Muran, J.C., Safran, J.D., Samstag, L.W., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 532-545.
- Nelson, M.L., & Neufeldt, S.A. (1996). Building on an empirical foundation: Strategies to enhance good practice. *Journal of Counseling and Development*, 74, 609-615.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). Empirically supported therapy relationships. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp.3-16). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J.C. Norcross, & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-23). Oxford University Press: New York.

- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioral change* (pp. 307–390). New York: Wiley.
- Pacini, R., & Epstein, S. (1999). The relation of rational and experiential processing styles to personality, basic beliefs, and ratio-bias phenomenon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 972-987.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2007). Metodologia da investigação em psicologia e saúde. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Pilkonis, P., Heape, C.L., & Prioretti, J.M. (1991). Adult attachment styles, personality disorder, and treatment outcome in depression. Paper presented at the annual meeting of the North American Society for Psychotherapy Research, Panama City, FL. In A.E. Bergin, & S.L. Garfield (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (p. 687) New York: John Wiley & Sons.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584
- Pinto-Gouveia, J., Robalo, M., Cunha, M., & Fonseca, L. (1997). *O questionário de esquemas de Young: Aferição e utilização na população portuguesa* (Young's Schema Questionnaire: translation and adaptation to the portuguese population). Comunicação apresentada no V Congresso de Terapias Comportamentais e Cognitivas dos Países de Línguas Latinas), Cascais, Portugal.
- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 332-348.
- Puschner, B., Bauer, S., Horowitz, L.M., & Kordy, H. (2005). The relationship between interpersonal problems and the helping alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 415-429.
- Quirk, M.P., Erdberg, P., Crosier, M., & Steinfeld, B. (2007). Personality Assessment in Today's Health Care Environment: Therapeutic Alliance and Patient Satisfaction. *Journal of Personality Assessment*, 89(2), 95-104.
- Rijo, D. (2000). *Avaliação de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos e Psicopatologia: exploração de diferentes metodologias de avaliação*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(XXII), 643-665.
- Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Roten, Y., Fischer, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N., & Despland, J.N. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 324-331.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10(4), 408–420.
- Russell, R.L., & Orlinsky, D.E. (1996). Psychotherapy research in historical perspective: Implications for mental health care policy: The Contribution of psychotherapy and pharmacotherapy research to national mental health care. *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 708-715.
- Saatsi, S., Hardy, G.E., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 185-195.

- Safran, J.D., & McMain, S. (1992). A cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 6, 59-68.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). Oxford, UK: Oxford University Press
- Safran, J. D., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. N. Y.: Basic Books.
- Satterfield, W.A., & Lyddon, W.J. (1995). Client attachment and perceptions of working alliance with counselor trainees. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 187-189.
- Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371-382.
- Saunders, S.M. (2001). Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1339-1352.
- Shorey, H.S., & Snyder, C.R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10(1), 1-20.
- Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight", and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67-94
- Soares, M.L.P. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses*. Tese de Doutoramento realizada no Centro da Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna, no Departamento de Psicologia.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115.
- Stevens, C.L., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2003). Obstacles or opportunities?: A relational approach to negotiating alliance ruptures. In R.L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy* (pp. 274-294). Guilford: New York.
- Stiles, W.B., Glick, M.J., Osatuke, K., Hardy, G.E., Shapiro, D.A., Agnew-Davies, R., Rees, A., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92.
- Stiles, W.B., Shapiro, D.A., & Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Strauss, J.L., Hayes A.M., Johnson, S.L., Newman, C.F., Brown, G.K., Barber, J.P., Laurenceau, J-P., & Beck, A.T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.
- Sundfeld, A.C. (2000). Abordagem Integrativa: Reterritorialização do Saber Clínico? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 251-257.
- Tasca, G.A., & McMullen, L.M. (1992). Interpersonal complementarity and antitheses within a stage model of psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 515-523.

- Theiler, S. (2005). *The efficacy of early childhood memories as indicators of current maladaptive schemas and psychological health*. Being a report of an submitted as a requirement for the degree of doctor of philosophy. School of Social and Behavioural Sciences, Swinburne University of Technology, Victoria.
- Tracey, T.J.G., Sherry, P., & Albright, J.M. (1999). The interpersonal process of cognitive-behavioral therapy: An examination of complementarity over the course of treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 80-91.
- Travis, L.A., Bliwise, N.G., Binder, J.L., & Horne Moyer, H.L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 149-159.
- Tyrrell, C., Dozier, M., Teague, G.B., & Fallot, R.D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 725-733.
- Vasco, A.B. (2001). Fundamentos para um modelo integrativo de “complementaridade paradigmática”. *Psicologia*, XV(2), 219-226
- Vasco, A.B. (2005a). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: Variedade e integração. *Psychologica*, 40, 11-36.
- Vasco, A.B. (2005b). Creio num engenho que falta mais fecundo de harmonizar as partes dissonantes: fundamentação para a integração em psicoterapia. *Psilogos*, 1(2), 77-94.
- Vasco, A.B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.
- Vasco, A.B. (Outubro, 2007). *Quando menos é melhor: A arte de comunicar em psicoterapia*. Comunicação apresentada no Encontro Internacional “Comunicação em Saúde”, Ponta Delgada, Açores.
- Vasco, A. B., & Conceição (Outubro, 2003). *Sequencialização temporal das fases do processo terapêutico no modelo de Complementaridade Paradigmática: Desenvolvimentos Empíricos*. Comunicação apresentada no “V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia”, Lisboa.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J.E., & Brown, G. (1990). Young schema Questionnaire. In J.E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. (pp. 61-67) Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J.E., Klosko, J., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.